

# CADERNOS

## de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia



Imaxe: iStockphoto

Vol. 25 (1)  
MARZO 2019



### Editorial AGAMFEC

#### O revir da conciencia da Atención Primaria

Autor: Jesús Sueiro Justel. Ex-Presidente da AGAMFEC. Medico de familia. Ambulatorio Concepción Arenal. Santiago de Compostela

Páx.3

### Editorial científica

#### La historia de valores. Planificación de la atención. A historia de valores .Planificación da atención.

History of values. Care planning.

Autores: Alfredo Valdés Paredes ; María José Gonzalez Estevez

Páx. 4-5

### Orixinais

#### Circuito familiar como nueva herramienta de estudio de la dinámica familiar.

Family circuit as a new tool for studying family dynamics

Rodríguez-Martínez José Antonio

Páx. 6-9

#### Cirugía menor en Atención Primaria. Dos años de experiencia y evolución en el tiempo

Minor surgery in Primary Care. Two years experience and evolution through time

Rodríguez Jiménez, Carmen; Franco Zarate, Natalia Catherine; Ruido Taboada, Ana María; Valverde Léis, Jesús; Gulín González, Raimundo; Fontao Paradela, Miriam

Páx. 10-14

#### Estudio descriptivo de la atención domiciliaria urgente por un Punto de Atención Continuada durante un año.

Descriptive study of the urgent domiciliary attention for a continuous attention point for a year.

Mónica Corral Zas; V.M. del Campo Pérez; Rosa M.ª Rodríguez Iglesia; Ruth Otero González; Teresa Calheiros Cruz Vidigal

Páx. 15-21

#### Pilotaje de un taller de alimentación saludable impartido a escolares por un profesional sanitario

Pilotage of a healthy food workshop given to scholars by a healthcare professional

Antía Dosal Bermúdez

Páx. 22-27

### Para saber más...

#### Revisión de la Guía Española para el Manejo del Asma, GEMA 4.3

Moral Paredes, Carlos; González Rey, Jaime; Valle González, Irene; Molina Blanco, M.ª Angélica; Timiraos Carrasco, Rosario; Portela Ferreño, Isabel; Espantoso Romero, Maite; Friande Pereira, Susana; Díaz Mosquera, Fátima; Foo Gil, Keith Albert; Martín García, Miguel Angel; Otero González, Ruth; Chapela Villa, Carlos. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias y Abordaje al Tabaquismo de la AGAMFEC.

Páx. 28-32

#### Para saber de...hipoacusia en general e hipoacusia neurosensorial súbita en particular

Ángela Mayo Martínez; Susana Aldecoa Landesa.

Páx. 33-37

### Casos clínicos

#### Como decirle a un paciente que su enfermedad no existe: la intolerancia al wifi

How to tell a patient that his illness does not exist: wifi intolerance

Miguel Ángel Acosta Benito; Néstor Javier Sánchez Sánchez

Páx. 38-39

#### Lesión ulcerosa de larga evolución

Long evolution ulcerative lesion.

Vidal Blanco Laura; Castro Pazos Manuel; Fransi Galiana Luis

Páx. 40-41

### Especial XXII Xornadas Agamfec

#### Comunicacións Oraís

Páx. 42-58

#### Pósters

57-129

### Humanidades

#### Reflexiones

Luis A. Masa Vázquez

Páx. 130

#### Comité editorial

M<sup>a</sup> Dolores López Fernández  
Francisco Javier Formigo Couceiro  
Eva Jacob González

#### Editores eméritos

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)  
Ramón Veras Castro (2005-2012)  
Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)  
Ana Paula Núñez Gavino (2016)  
Víctor Julio Quesada Varela (2017)

#### Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

#### Consello asesor:

Ana Clavería Fontán	Ramón Veras Castro
Susana Aldecoa Landesa	Ana Carvajal de la Torre
Julia Bóveda Fontán	M <sup>a</sup> Jesús Cerecedo Pérez
José Luis Delgado Martín	Jesús Combarro Mato
Carlos Eirea Eiras	Bernardino Pardo Teijeiro
Antonio Regueiro Martínez	Francisco Martínez Anta
Pilar Gayoso Diz	Juan Francisco Ollarves
Raimundo Gulín González	Susy Osinaga Peredo
Enrique Nieto Pol	José Ramón Moliner de la Puente
Lucía Barreiro Casal	Susana Hernáiz Valero
Ana Prada Vigil	



#### Editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA  
[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

#### Redacción - Secretaria Técnica:

CYEX CONGRESOS, S.L.  
C/. Ferrol, 2. Edificio Cyex  
15897 Santiago de Compostela (A Coruña)  
T: 981 555 720 • e-mail: [secretaria@agamfec.com](mailto:secretaria@agamfec.com)  
<https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/>

Dep. Legal: C-1072/94  
I.S.S.N.: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de  
Sanidade como Soporte Válido 94032R

Diseño e maquetación: Modografica

I.S.S.N. (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde

Acceso: Gratuito

Mención específica de dereitos: Non

URL intruções autores:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

¿Permite o auto-arquivo? Sí

Versión auto-arquivo: Post-print (versión editorial)

¿Cando? Inmediatamente despois da publicación

¿Onde? Web persoal, Repositorio Institucional, Repositorio temático

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

## O revivir da conciencia da Atención Primaria

Jesús Sueiro Justel

EX-PRESIDENTE DA AGAMFEC. MÉDICO DE FAMILIA. AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA

Os médicos de familia nacemos en loita: loitabamos contra a inercia dun sistema que non pensaba mudar, contra profesionais saturados e sen futuro que vían en nós unha ameaza que non era tal, contra o descoñecemento dos médicos e compañeiros residentes no hospital, que non acababan de entender que queríamos "ser de maiores". Despois seguimos loitando para facernos un oco nos recentemente inaugurados centros de saúde, para poder amosar aquilo de que había vida intelixente fóra do hospital. Tivemos liortas con compañeiros que finalmente aceptaron o inevitable: que a formación non é discutible, que a mellora do primeiro nivel non se podía facer desde a individualidade e o illamento.

Pero pasados estes anos de éxito da especialidade, chegou un tempo de tranquilidade, despois un tempo de crise que significou o abandono por parte da administración e o desencanto. Os nosos residentes empezaron a volver a fascinarsse polo hospital e, por qué non dicilo, polos mellores contratos que lles ofertaban. Empezamos a albiscar hai mais de 10 anos que se aproximaban nubarrons sobre

a Atención Primaria (AP) e comezamos a facer chamadas de auxilio, sen resposta. Chegamos a crer que toda a nosa historia de loita estaba condenada ao fracaso.

Nos últimos meses, con todo, pasaron cousas en todo o estado que parecían coordinadas polas vellas brigadas de residentes a punto de xubilarse, pero non foi outra cousa que un estalo espontáneo de desesperación coordinada. Na nosa comunidade o detonante foi unha dimisión de xefes de servizo en Vigo fartos de ser complicés dunha política de recortes e desconsideración cara aos médicos de familia. Puido ser sorte, puido ser o momento perfecto, pero estamos vendo unha mobilización e un protagonismo da AP nos medios de comunicación e na sociedade civil sen precedentes. Temos que aproveitar a marea, subirmos á onda e volver ás nosas orixes de loitadores, pero agora como líderes do movemento e da opinión sen manipulación e con profesionalismo, da man dos nosos pacientes. Eles meréceno e non podemos defraudalos. A dignidade da Atención Primaria está en xogo.

# La historia de valores. Planificación de la atención. A historia de valores .Planificación da atención.

History of values. Care planning.

Alfredo Valdés Paredes<sup>1</sup> ; Maria José Gonzalez Estevez<sup>2</sup>

1 MÉDICO DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD VALLE INCLÁN C/VALLE INCLÁN N° 18 CP: 32004.OURENSE ESPAÑA. GERENCIA DE OURENSE. e-mail: alfredo.valdes.paredes@sergas.es

2 MÉDICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SALNES. RÚA HOSPITAL, N.º 30. CP: 36. 619. VILAGARCÍA DE AROUSA. PONTEVEDRA. ESPAÑA. GERENCIA DE PONTEVEDRA. e-mail: maria.jose.gonzalez.estevez@sergas.es

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alfredo Valdés Paredes, A.R. e-mail: alfredo.valdes.paredes@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 4-5

En los últimos cincuenta años la forma de enfermar, la forma de curar y cuidar, así como la forma de morir han cambiado. El aumento de la esperanza de vida, la aparición de los equipos de soporte vital avanzado y las unidades de medicina intensiva determinan la forma de morir produciendo no pocas veces situaciones complejas y difíciles<sup>1</sup>.

Tras el inicio de la democracia en España, nuestro ordenamiento jurídico ha tratado de incorporar a sus disposiciones la necesidad ineludible de proteger la libertad de los ciudadanos para gestionar su proyecto vital. En el ámbito de la salud esto se ha traducido en la necesidad de garantizar jurídicamente la protección del derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y su salud a través del consentimiento informado voluntades anticipadas o instrucciones previas<sup>2</sup>.

Amparándose en el Convenio de Oviedo<sup>3</sup> se dictó, en el ámbito estatal, la Ley 41/2002 del 14 de noviembre<sup>4</sup> partiendo del principio básico de que el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. E incluso contempla la posibilidad de que pueda manifestar su voluntad de forma anticipada y -en caso de no poder hacerlo personalmente- a través de los documentos de instrucciones previas. En el ámbito autonómico, la comunidad gallega cuenta con su marco normativo<sup>5,6</sup>.

Si bien en los años 70 y 80 se habla de Testamento Vital y Documento de Instrucciones Previas como términos *jurídicos*, en los años 90 se habla de Planificación Anticipada de las Decisiones en la búsqueda de un cambio hacia un modelo *comunicativo*.

En la década de los 90 se dan dos particularidades. Por un lado, se hace evidente la necesidad de los profesionales sanitarios de profundizar en el proceso de comunicación sobre valores o preferencias a tener en cuenta con respecto a la toma de decisiones<sup>7</sup>. Por otro, se inicia una nueva estrategia que aleja el foco de los documentos en sí para pasar a centrarse en el propio proceso de toma de decisiones, en el cuál los documentos pasarían a ser una herramienta más del proceso<sup>8</sup>.

En el siglo XXI se da un cambio en la forma y contenido con la aparición del "modelo deliberativo". Dicho modelo se fundamenta

en la calidad de la relación clínica y en la historia de valores, adelantándose así a los acontecimientos y garantizando con ello que las decisiones que se tomen sean maduras. Hablamos de hechos, valores y deberes.

Los hechos clínicos están enmarcados en un contexto cargado de valores (económicos, culturales, religiosos y estéticos) que debemos incluir en la toma de decisiones. El análisis preciso y profundo de los mismos nos permitirá disminuir la incertidumbre para llegar al momento del deber, de la toma de decisión en una situación libre de angustia, sosegada y reposada, como resultado de este nuevo modelo de "Deliberación Anticipada de la Atención". Podríamos deliberar, por ejemplo, sobre el legado de valor vida y solidaridad a través de la donación de órganos y tejidos para trasplante.

## REFLEXIONANDO

Los valores están presentes en la relación clínica habitual, detectarlos e incluirlos en la toma de decisiones forma parte de nuestra labor profesional, nos ayuda a respetar y mantener un equilibrio entre lo bueno y lo autónomo en un ámbito de justicia y buena práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pose C. Deliberación anticipada de la atención. Educando al profesional de la salud. Eidon. 2018; 49: 32-87.
2. Simón P, Barrio IM . Criterios éticos para la toma de decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. Rev. Esp. Salud Pública. 2006; 80: 303-315.
3. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE, n° 251, (20 de octubre de 1999).
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en

- materia de información y documentación clínica. BOE, nº 274, (15 de noviembre de 2002)
5. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Diario Oficial de Galicia, nº 55, (21 de marzo de 2005)
  6. Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Diario Oficial de Galicia, nº 9 (14 de enero de 2008)
  7. Teno JM, Hill TP, O'Connor MA .Advance care planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Center Rep. 1994; 24(6):S1.
  8. Teno JM, Lynn JM. Putting Advance Care Planning into Action. J. Clin. Ethics. 1996; 7 (3): 205-13.

# Circuito Familiar como nueva herramienta de estudio de la dinámica familiar.

Family Circuit as a new tool for studying family dynamics

Rodríguez-Martínez José Antonio<sup>1</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 6-9

<sup>1</sup> MÉDICO CIRUJANO Y MONITOR DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA UNAM. HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", SSA. CIUDAD DE MÉXICO

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: José Antonio Rodríguez-Martínez. e-mail: resumenespepe@gmail.com

## RESUMEN

En la actualidad existen herramientas como el Genograma, el Ecomapa, el APGAR familiar y la ficha Familiar que nos permiten evaluar la dinámica familiar. El objetivo de este artículo es dar a conocer la herramienta denominada circuito familiar que trata de esquematizar la familia tomando de cada herramienta previa los aspectos más importantes para que en una sola hoja el médico familiar pueda ver esquematizada la dinámica familiar, el entorno y los recursos de apoyo más relevantes a la hora de tomar una decisión en el plan de tratamiento de un paciente, sin tener que perder mucho tiempo leyendo por completo una ficha familiar. El primer paso para su elaboración consiste en realizar un genograma, añadiendo la escolaridad y el tipo de ocupación, en segundo lugar se coloca un Eco-mapa, en tercer lugar se realiza el cuestionario de APGAR Familiar colocando su puntaje en la parte superior del genograma y por último se coloca la vivienda y el estilo de vida. Con esta nueva herramienta podemos evaluar de manera rápida los aspectos más relevantes de la dinámica familiar.

**Palabras clave:** Genograma, Ecomapa, Circuito, Familiar, Dinámica.

## ABSTRACT

At present, there are tools such as the Genogram, the Ecomap, the family APGAR and the Family tab that allow us to evaluate the family dynamics. The objective of this article is to make known the tool called Family circuit that tries to outline the family taking from each previous tool the most important aspects so that in a single sheet the Family doctor can see schematized the family dynamics, the environment and the resources of support more relevant when making a decision in the treatment plan of a patient, without having to waste a lot of time reading a complete family sheet. The first step for its preparation is to perform a genogram, adding the scholarship and type of occupation, secondly an Eco-map is placed, thirdly, the APGAR Familiar questionnaire is carried out, placing its score in the upper part of the genogram and finally we put the aspects of the living place and lifestyle. With this new tool we can quickly assess the most relevant aspects of family dynamics

**Keywords:** Genogram, Ecomap, Circuit, Family, Dynamics.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen herramientas como el Genograma, el Ecomapa, el APGAR familiar y la Ficha familiar que nos permiten evaluar la dinámica familiar. El Genograma es un formato para dibujar un árbol familiar y registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos 3 generaciones, esquematizando las relaciones interpersonales entre ellos, pero no toma en cuenta la influencia de factores externos como lo son la Iglesia, el club deportivo, los amigos, etc.<sup>1,2</sup> Esto mismo lo esquematiza el Ecomapa esta herramienta permite identificar la presencia o no de recursos de apoyo extra familiar para una persona o familia, otro aspecto importante a evaluar es la percepción que tiene el individuo de su familia, el nivel de funcionamiento de la

unidad familiar de forma global así como detectar su disfunción y por último la herramienta más completa la Ficha familiar que nos sirve para conocer el nivel socioeconómico, los riesgos ambientales, manejo de desechos y la ocupación, pero mínimo ocupa cuatro hojas y se realiza en extenso.<sup>3,4</sup> El objetivo de este artículo es dar a conocer la herramienta denominada circuito familiar que trata de esquematizar la familia tomando de cada herramienta previa los aspectos más importantes para que en una sola hoja el médico familiar pueda ver esquematizada la dinámica familiar, el entorno y los recursos de apoyo más relevantes a la hora de tomar una decisión en el plan de tratamiento de un paciente, sin tener que perder mucho tiempo leyendo por completo una Ficha familiar.

## ELABORACIÓN

La primera parte del Circuito familiar está conformada por el Genograma que es la parte de la cual parte nuestro esquema, recordemos que este se construye iniciado por un sujeto principal que se identifica con una doble línea (Fig. 1), un círculo para la mujer y un cuadrado para el hombre (Fig. 2), en caso de que fallecieran se coloca una cruz dentro del círculo o el cuadro según sea el caso (Fig. 3).



Mujer



Hombre



Mujer



Hombre



Mujer



Hombre

Fig. 1. Esquemización según el sujeto principal en el genograma

Fig. 2. Esquemización según el sexo en el genograma

Fig. 3. Esquemización según el sexo en caso de parientes finados en el genograma.

Para el caso de embarazos se usa un triángulo, si fue un parto de un feto muerto se coloca una cruz en su interior dependiendo del sexo, aborto espontáneo un círculo negro y un aborto provocado una cruz (Fig. 4). Las relaciones se esquematizan con líneas, si una pareja vive junta pero no están casados se utiliza una línea punteada, una barra en diagonal indica una separación y dos un divorcio (Fig. 5). Si se ha tenido varias parejas se van enlistando según sea el caso (Fig. 6). Los hijos de una pareja se sitúan de mayor a menor de izquierda a derecha (Fig. 7), Los mellizos se esquematizan con dos líneas convergentes, los gemelos con esas dos líneas convergentes pero con una barra en medio (Fig. 8). Por último para indicar que los miembros de la familia que viven en un mismo hogar se engloban en una línea punteada según convenga (Fig. 9). Posteriormente se esquematizan las relaciones interpersonales siendo muy estrecha, muy estrecha pero conflictiva, conflictiva, cercana, quiebre y distante (Fig. 10). El segundo paso es complementar nuestro genograma indicando el tipo de ocupación a la izquierda del círculo o cuadrado siendo las posibles opciones: Trabajador estable (S), Trabajador eventual (V), sin ocupación (SO), Jubilado (J), Estudiante (E) y a la derecha el grado de instrucción las opciones son sin nivel (SN), Primaria (P), Secundaria (S), Bachillerato (B), Superior (SU) esto únicamente para las personas que habitan en el mismo hogar como se puede apreciar en la Figura 11.

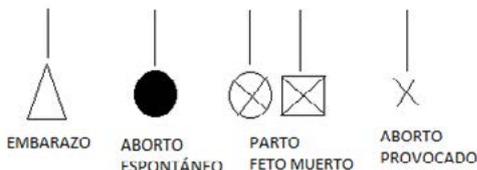


Figura 4. Esquemización según el tipo de embarazo y su resolución en el genograma



Figura 5. Esquemización según el tipo de relación en el genograma

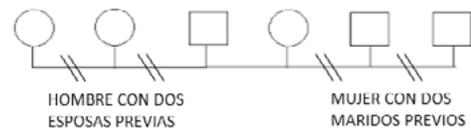


Figura 6. Esquemización de una pareja con relaciones previas en el genograma

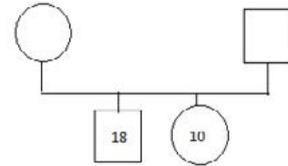


Figura 7. Esquemización de los hijos según la edad en el genograma.

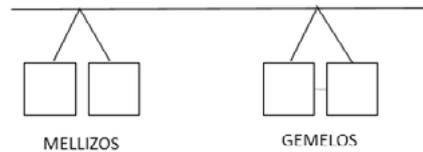


Figura 8. Esquemización de los mellizos y gemelos en el genograma.

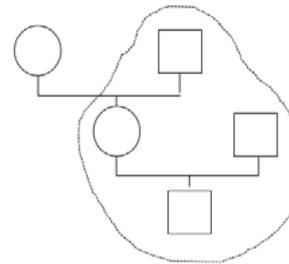


Figura 9. Esquemización de las personas que habitan en el mismo hogar en el genograma.

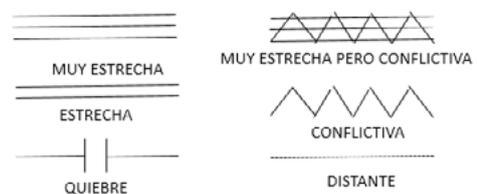


Figura 10. Esquemización según el tipo de relación en el genograma.

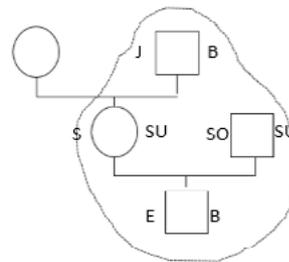


Figura 11. Esquemización de la ocupación y la escolaridad en el Genograma.

El tercer paso consiste en elaborar el ecomapa alrededor del genograma dibujando un círculo alrededor del genograma y como elementos del contexto del mismo colocar otros círculos de menor tamaño que cada uno represente los recursos externos a la familia con los que cuenta el sujeto principal del genograma como pueden ser: Trabajo, Instituciones de salud, Instituciones privadas, servicios comunitarios, grupos sociales, relaciones personales significativas como mejores amigos, novia o algún otro recurso que el médico familiar considere como relevante, las relaciones con los recursos se esquematizaran usando la misma nomenclatura que en el genograma (Fig. 12.). El ecomapa se complementara con el ítem de vivienda (Sin Riesgos y Con Riesgos) y Estilo de Vida (Saludable o No saludable).

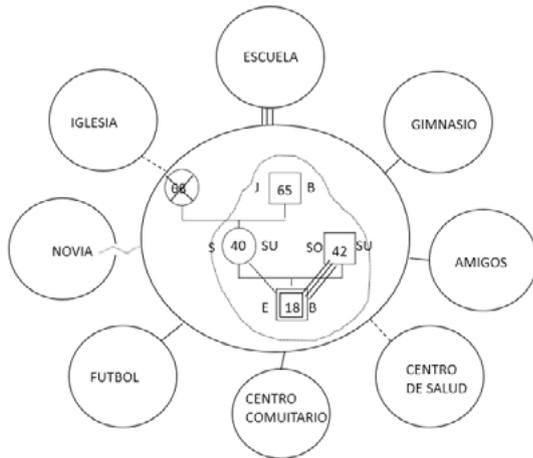


Figura 12. Esquematación del Genograma con la ocupación, escolaridad y relaciones en el hogar con el sujeto principal y su ecomapa.

Por último se debe realizar el APGAR familiar (Cuadro 1) que evalúa A (Adaptación), P (Participación), G (Gradiente de recurso personal), A (Afecto) y R (Recursos) esto se realiza mediante un cuestionario que se entrega al paciente para que responda de forma personal, cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la clasificación: 0=Nunca, 1=Casi nunca, 2=Algunas veces, 3=Casi siempre y 4=Siempre. Se interpreta como Normal de 17 a 20 puntos, Disfunción leve de 13 a 16 puntos, Disfunción moderada de 10 a 12 puntos y Disfunción severa menor a 9 puntos. (Figura 13).

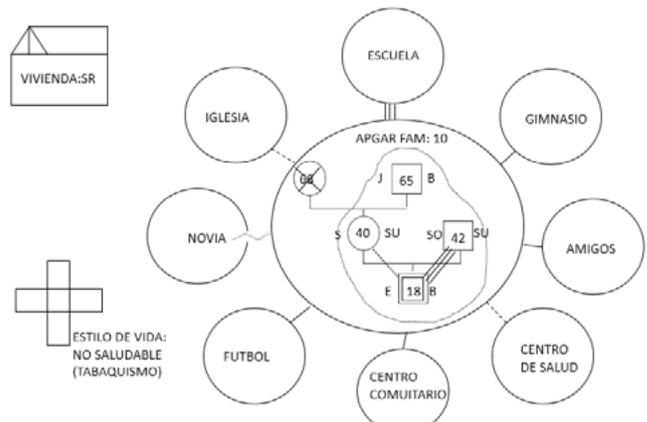


Figura 13. Esquematación del Circuito familiar con todas las estructuras en el centro el genograma con relaciones interpersonales, ocupación y escolaridad en el hogar en la periferia el eco-mapa y el resultado del APGAR Familiar así como las características de vivienda y estilo de vida.

Cuestionario para Evaluación de la Funcionalidad de la Familia (APGAR familiar)					
Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como la rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1.El tiempo para estar juntos.					
2.Los espacios en la casa RE					
3.El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
¿Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as).					

Cuadro 1. Muestra el cuestionario APGAR familiar cuyo resultado debe ser incluido en el circuito familiar para que el médico conozca el estado de la dinámica familiar.

## ANÁLISIS

A diferencia de la Ficha familiar el circuito familiar toma en cuenta los aspectos más importantes y en una sola hoja que permiten orientar al médico familiar sobre la dinámica familiar, los recursos internos y externos de la familia y los posibles factores que influyen en la salud del individuo como lo son el trabajo, escolaridad, condiciones de la vivienda y el estilo de vida. En la Figura 13 podemos observar un paciente masculino de 18 años de edad, hijo único que es estudiante de bachillerato que vive con sus padres y su abuelo, tiene una relación muy estrecha con su padre y distante con su madre, según el APGAR familiar su familia tiene un disfunción moderada, cuenta con varios recursos de apoyo teniendo una relación muy estrecha con la escuela, una relación distante con la iglesia y el centro de salud y lo que más llama la atención que es una relación conflictiva con su novia. Su vivienda no presenta ningún riesgo y tiene un estilo de vida no saludable pues presenta tabaquismo positivo.

## CONCLUSIONES

El Circuito familiar es un instrumento que es fácil de elaborar, que puede dar una idea de la dinámica familiar en una sola hoja a diferencia de la Ficha familiar y que es más completo que el genograma o el eco-mapa usados por separado, también le permite al médico familiar planear, evaluar e intervenir en la familia y en el entorno de acuerdo con lo que se demuestre en el análisis del mismo.

Debemos tomar en cuenta que como todos los demás instrumentos puede cambiar a lo largo de la vida del individuo por lo que el médico debe ir modificando el mismo cuando vaya percibiendo los cambios a lo largo de las consultas subsecuentes.

### PUNTOS CLAVE

#### HECHOS CONOCIDOS

El Genograma, el Apgar Familiar, El Eco-mapa y La ficha familiar son herramientas usadas por separado para el análisis de la dinámica familiar.

La Ficha familiar es la herramienta más completa pero también la más extensa.

En la consulta diaria es difícil hacer por separado todas estas herramientas.

#### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

El circuito familiar es una síntesis del Genograma, el Ecomapa y el Apgar familiar

Su objetivo es sintetizar la información más relevante en una sola hoja.

En la consulta diaria es más fácil obtener toda la información y sintetizarla.

## REFERENCIAS

1. De Mello DF, Viera C, Simpionato E, Basioli Z, Nascimento L(2005) Genograma y ecomapa: posibilidades de utilizacao na estrateia de saude da familia. Rev Bras Cres Desenv Hum;15(1):79-89
2. Navarro AM, Rodríguez R (2010). Redes de apoyo en el anciano por medio del genograma y el ecomapa. Aten Fam;17 (1):19-21
3. Suárez-Cuba MA. (2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. Rev Med La Paz, 21(1), 73-74.
4. Suárez Cuba, Miguel A., & Alcalá Espinoza, Matilde. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz, 20(1), 53-57.

# Cirugía menor en Atención Primaria. Dos años de experiencia y evolución en el tiempo.

Minor surgery in primary care. Two years experience and evolution through time

Rodríguez Jiménez, Carmen<sup>1</sup>, Franco Zarate, Natalia Catherine<sup>1</sup>, Ruido Taboada, Ana María<sup>1</sup>, Valverde Léis, Jesús<sup>1</sup>, Gulín González, Raimundo<sup>1</sup>, Fontao Paradela, Miriam<sup>1</sup>.

1 CENTRO DE SALUD VALLE INCLAN. C/ VALLE INCLAN 18, OURENSE.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Carmen Rodríguez Jiménez. e-mail: carmen.rodriguez.jimenez@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 10-14

## RESUMEN

**Objetivos:** Analizar las actividades de cirugía menor en Atención Primaria (AP) incluyendo el grado de satisfacción del usuario. Comparar los resultados más recientes con los obtenidos en el período 1996-2001.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo. Centro de salud urbano.

**Mediciones:** 275 intervenciones (realizadas entre 2015-2016). Variables: Edad, sexo, motivo de consulta, localización de la lesión, tiempo de espera, diagnóstico clínico, tipo de intervención, incidencias, tipo de incidencias, diagnóstico histológico, complicaciones, tratamiento. Encuesta telefónica de satisfacción. Comparación con 276 intervenciones (realizadas entre 1996-2001).

**Resultados:** El 61% de las intervenciones se realizaron en mujeres siendo los intervenidos de una mediana de edad de 57 años y la localización de las lesiones más frecuente en cabeza y cuello (43%). Los motivos de consultas más frecuentes fueron dolor (43%) y estético (34%), la intervención más utilizada el curetaje/rebanado (44%) y los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron lesiones hiperqueratósicas (28%), fibromas (26%) y quistes (22%).

En el análisis comparativo entre períodos encontramos un aumento significativo en la edad de los pacientes (mediana de 52 frente a 57) y en el tiempo de espera (mediana de 7 frente a 12), y un descenso no significativo en la correlación clínico-histológica (82% frente a 74%).

**Conclusiones:** La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados, pocas incidencias y complicaciones y una amplia satisfacción entre los usuarios encuestados. En los últimos años ha aumentado la demanda y el tiempo de espera con un ligero descenso en la concordancia clínico-histológica, lo que nos obliga a reflexionar sobre medidas organizativas y formativas que nos permitan mejorar nuestra calidad asistencial.

**Palabras clave:** Atención primaria, Cirugía menor.

## ABSTRACT

**Objectives:** To analyse minor surgery in Primary Care including degree of satisfaction. To compare the most recent results with those obtained in the period 1996-2001.

**Method:** Retrospective observational study. Urban healthcare center.

**Measurements:** 275 interventions (2015-2016). Variables: Age, sex, presenting complaint, location of the lesion, waiting time, clinical diagnosis, type of intervention, incidents, type of incidences, histological diagnosis, complications, treatment. Telephone satisfaction survey. Comparison with 276 interventions (1996-2001).

**Results:** 61% of the interventions were performed in women being 57 the median age and the most frequent location head and neck (43%). The most common presenting complaint were pain (43%) and esthetic (34%), the most used intervention sharp/curettage (44%) and the most frequent clinical diagnosis were hyperkeratotic lesions (28%), fibromas (26%) and cysts (22%). In the comparative analysis between periods we found a significant increase on the age of the patients (median of 52 versus 57) and the waiting time (median of 7 versus 12), and a non-significant decrease in the clinical-histological correlation (82% versus 74%).

**Conclusion:** Minor surgery in our Healthcare center has good results, few incidents and complications and a wide satisfaction among the users surveyed. In recent years the demand has increased as well as the waiting time with a slight decrease in the clinical-histological concordance, which forces us to think about organizational and training measures that allow us to improve our quality care.

**Keywords:** Primary care, general practice, minor

## INTRODUCCIÓN

Entre los servicios que se ofrecen desde el Servicio Nacional de Salud, se encuentra la realización de las técnicas de cirugía menor desde la Atención Primaria, esta se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, que se aplican habitualmente a los tejidos superficiales y accesibles, requieren generalmente anestesia local y presentan escasas complicaciones. En general, pueden abordarse en Atención Primaria lesiones menores de 5 cm de diámetro en la piel y tejido celular subcutáneo. No se han de intervenir lesiones en las que se sospeche etiología maligna, pacientes con antecedentes de cicatriz hipertrófica o queloide; zonas con riesgo de lesión de estructuras nobles o donde no se pueda garantizar un buen resultado estético. Tampoco se deben intervenir pacientes con antecedentes de alergia a anestésicos locales, coagulopatías o tratamientos anticoagulantes y antiagregantes sin las precauciones pertinentes. Deben tenerse en cuenta las situaciones específicas de pacientes con tendencia a infecciones o mala cicatrización, déficit inmunitario y otras patologías.

Los programas de cirugía menor que se realizan en Atención Primaria suponen una mejora de ciertos aspectos en diversas áreas aunque uno de los puntos de vista más relevantes sería el de la gestión sanitaria.

Desde una aproximación a la literatura internacional existen estudios que afirman que los sistemas sanitarios basados en una Atención Primaria fuerte conllevan menor gasto sanitario, encontrándose importantes diferencias en función de la tasa de derivación al especialista, pudiendo explicar éstas en gran parte por la variación en el abordaje de las distintas intervenciones terapéuticas, entre ellas la cirugía menor. Por tanto, se concluye que el abordaje de la cirugía menor en centros de Atención Primaria supone el abaratamiento de los costes y la reducción de la derivación a consulta especializada con la consiguiente disminución de los tiempos de espera quirúrgicos.

Se describe además una potenciación de la relación médico-paciente, así como una mejora en la satisfacción de los profesionales, dotándolos de mayor capacidad resolutoria, y de los usuarios, evitando desplazamientos, esperas innecesarias y realizando la intervención en un entorno conocido como es el centro de salud.

Otro beneficio no menos relevante que los anteriores es el beneficio formativo. Históricamente esta actividad ya se venía realizando a demanda por el médico de cabecera, en los últimos años se ha establecido como actividad programada dentro de la consulta y además es una actividad incluida en el programa de formación de la especialidad de medicina de familia. Esta actividad se concibe como actividad formativa de prioridad I en el tratamiento de problemas de la piel y se deben tener conocimientos para realizar escisiones de lesiones superficiales y extirpaciones de lesiones subcutáneas, por tanto es un servicio que todo centro de salud docente debería presentar.

En nuestro centro esta actividad se inicia en 1996 y todas las evaluaciones realizadas hasta ahora permiten afirmar que el programa tiene sus objetivos cubiertos, con unos tiempos de espera cortos, buenos resultados quirúrgicos, pocas incidencias y

complicaciones, una elevada concordancia clínico-histológica y una alta satisfacción en los pacientes.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar los resultados obtenidos de las intervenciones de cirugía menor entre 2015 y 2016, incluyendo grado de satisfacción del usuario y comparar los resultados actuales con aquellos obtenidos de las intervenciones entre 1996-2001.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### EMPLAZAMIENTO

El estudio se ha desarrollado en el Centro de Salud Valle Inclán (Ourense). El centro se sitúa en el centro urbano de Ourense capital, y da cobertura sanitaria a población mayoritariamente urbana, si bien comprende también varios pequeños núcleos rurales periféricos. Se precisó la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU).

### TIPO DE ESTUDIO

Consiste en un estudio observacional retrospectivo, realizado sobre los pacientes intervenidos en la consulta de cirugía menor.

### PACIENTES, MEDICIONES Y MATERIALES

Los pacientes son captados en la consulta a demanda y se derivan al médico de referencia. Tras valorar la pertinencia y posibilidad de la intervención en el centro de salud se citan a la consulta de manera programada, los martes de 12:30 a 14:00 horas. En los casos de consulta urgente el procedimiento es el mismo pero la cirugía se realiza en el día.

Se realizaron 275 intervenciones en 255 pacientes durante un periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2015 y Diciembre de 2016.

Todas las intervenciones fueron registradas el mismo día de la intervención en una ficha diseñada para este fin que incluye los siguientes datos: Nombre y apellidos. N<sup>o</sup> HC. Fecha. Edad. Sexo. Tiempo de demora. Diagnóstico clínico. Tipo de intervención. Incidencias en la intervención. Profesionales que la realizan. Complicaciones. Diagnóstico histológico.

Las actividades de cirugía menor son realizadas por dos médicos, ayudados por una enfermera y los residentes de medicina familiar y comunitaria que se encuentren en el centro en una consulta destinada para tal uso equipada con una camilla de altura regulable, foco de luz especial, carro de instrumental, carro de curas, apósitos, guantes, campos quirúrgicos estériles, instrumental quirúrgico de cirugía básica estéril y electrocirugía, sistema de crioterapia "Askina® Skin Freeze B Braun Sharing Expertise lencería y autoclave".

Las piezas que se envían a Anatomía Patológica se introducen en un frasco con formol y una hoja específica dirigida a dicho servicio de referencia mediante el transporte que se utiliza habitualmente para las muestras de extracciones de sangre y otras muestras biológicas.

Las variables registradas fueron: edad, sexo, motivo de consulta,

localización de la lesión, diagnóstico clínico de sospecha, tiempo de espera, tipo de intervención, incidencias durante la misma, diagnóstico histológico definitivo, complicaciones y tratamiento.

Se realizó posteriormente una encuesta telefónica al total de pacientes intervenidos para valorar el grado de satisfacción de los usuarios del programa. Para tal fin se utilizó una encuesta validada por la subdirección de Atención Primaria en 1997, ya utilizada para la evaluación de las intervenciones entre los años 1996-2001 y en un estudio para evaluar la aceptación y la satisfacción de la población atendida en los equipos de Atención Primaria. (Tabla 1)

**Tabla 1. Encuesta telefónica sobre satisfacción de los usuarios de cirugía menor**

1- El tiempo que pasó desde que fue la primera vez al médico con el problema, hasta que se lo han resuelto, ¿le ha parecido?				
1. Mucho	2. Bastante	3. Poco	4. Muy poco	5. NS/NC
2- Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer, ¿le han parecido?				
1. Muy pocas	2. Pocas	3. Bastante	4. Muchas	5. NS/NC
3- La limpieza e higiene de la sala, ¿le ha parecido?				
1. Muy mala	2. Mala	3. Buena	4. Muy buena	5. NS/NC
4- ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud?				
1. Muy mal	2. Mal	3. Bien	4. Muy bien	5. NS/NC
5- En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?				
1. Le da igual donde se lo haga	2. Preferiría acudir a un especialista ambulatorio	3. Elegiría nuevamente al centro de salud	4. NS/NC	

Realizaron las llamadas telefónicas tres residentes de medicina familiar y comunitaria. Se consideraron respuestas aptas para todos aquellos usuarios que quisieron contestar a la encuesta personalmente, igualmente se contabilizaron aquellos que rehusaron contestar, exitus, datos de contacto no disponibles o no actualizados y pacientes incapacitados (demencia...).

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. Para conocer la normalidad de las variables se realizaron los test de Kolmogorov- Smirnov.

Se realizaron pruebas paramétricas / no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio (Chi-Cuadrado y U de Mann- Whitney).

En todos los análisis se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con  $p < 0.05$ . Los análisis se realizaron utilizando SPSS 23.0, Epidat 4.1.

### RESULTADOS

El número total de pacientes sometidos a cirugía menor durante el periodo de tiempo estudiado fue de 255, realizándose 275 intervenciones.

**Distribución por sexo.** El 60,7% (167) las intervenciones se realizaron en mujeres, y el 39,3% (108) en varones.

No se encontraron diferencias significativas ( $p = 0,179$ ) en cuanto a distribución por sexo de los pacientes intervenidos entre 1996-2001.

**Edad.** La población estudiada tenía edades comprendidas entre los 9 y los 93 años, con el valor central establecido por la mediana en 57 años. Por sexos, el valor central para la edad de los pacientes fue de 57 años siendo el 60,7% mujeres con una mediana de edad de 61 y el 39,3% varones con una mediana de edad de 54.

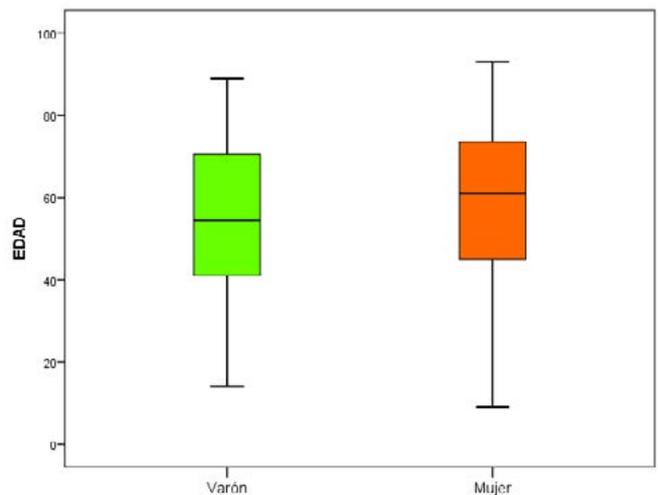


Gráfico 1. Distribución de los pacientes intervenidos en 2015-2016 por sexo y edad.

En la comparación con las intervenciones realizadas entre 1996-2001 se observa un incremento de la edad de los pacientes a los que se realiza cirugía menor, encontrándose la mediana de edad de estas intervenciones en 52 años.

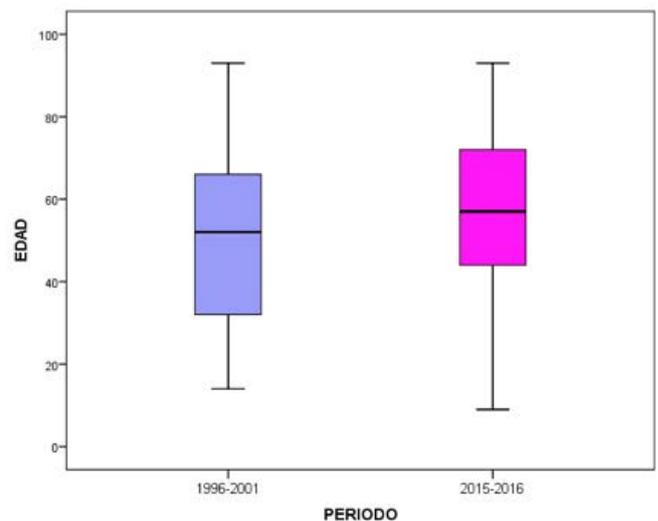


Gráfico 2. Distribución de los pacientes por edad según el periodo en que fueron intervenidos.

**Motivo de consulta.** Los motivos de consultas más frecuentes fueron dolor (42,9%) y motivo estético (33,5%). En cuanto a las diferencias entre sexos fueron acusadas en las consultas por motivo estético, más consultado por el sexo femenino (37,3% frente a 31,4% en varones) y en el miedo a la conversión a la malignidad, más consultado por varones (20,6% frente a 13% en mujeres). En cuanto a los motivos de consulta según diagnóstico clínico, el 33,3% de las consultas por miedo a la conversión a la malignidad fueron por nevus y el 46,6% de las consultas por dolor fueron por quistes siendo el 42,9% del total de las lesiones localizadas en cabeza y cuello.

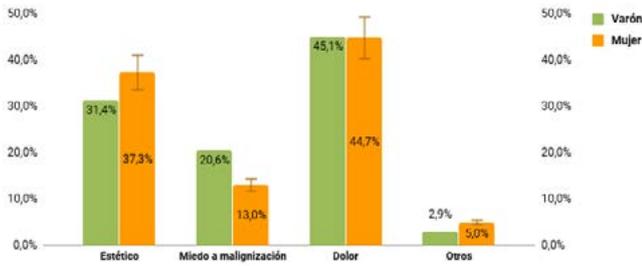


Gráfico 3. Distribución de los pacientes según sexo y motivo de consulta.

**Localización de la lesión.** En cuanto a la localización de las lesiones, la mayoría (42,5%) eran en cabeza y cuello, seguido por las extremidades (32,7%).

**Tiempo de espera.** El tiempo medio de espera osciló entre 0 y 66 días encontrándose el valor central en 12 días. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la comparación con el tiempo de espera de las intervenciones entre 1996-2001 cuya mediana se encontraba en 7 días, con un máximo de 30 días de espera.

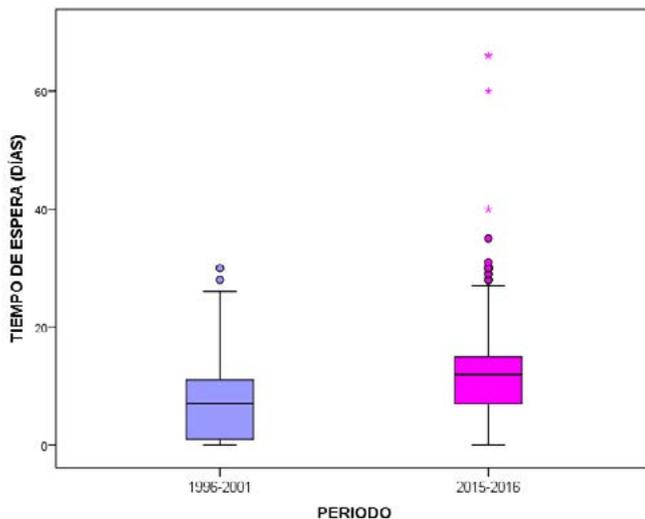


Gráfico 4. Evolución del tiempo de espera para la realización de intervención.

**Tipo de intervención.** los tipos de intervenciones más frecuentes fueron el curetaje/rebanado (44,4%), la extirpación (21,8%) y la escisión fusiforme (18,5%).

**Diagnóstico clínico de sospecha.** Agrupando las verrugas, queratosis seborreicas y actínicas, cuernos cutáneos y queratoacantomas en una sola categoría de lesiones hiperqueratósicas, estas llegan a ser las lesiones más comunes en la consulta de cirugía menor, seguidas de fibromas y quistes.

**Correspondencia clínico-histológica.** Se enviaron a analizar histológicamente 120 lesiones (44% del total), obteniéndose un grado de correspondencia anatomopatológica del 74,2%, en 89 ocasiones el diagnóstico clínico de sospecha es coincidente con el diagnóstico histológico obtenido de la anatomía patológica. Las lesiones más frecuentes dentro de las analizadas fueron quistes epidérmicos, fibromas y nevus.

En comparación con la correspondencia clínico-histológica de las intervenciones de 1996-2001 no hay diferencias estadísticamente significativas pero se observa una disminución de la correspondencia siendo esta anteriormente de 82,09%.

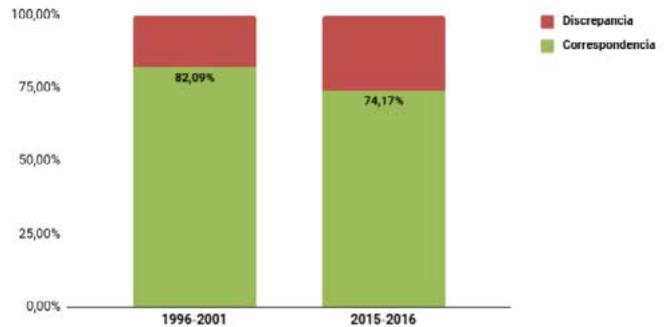


Gráfico 5. Evolución en el tiempo de la correspondencia clínico-histológica.

**Incidencias durante la intervención y complicaciones.** Sólo se registraron incidencias en 3 intervenciones siendo estas diferentes entre sí y el 95,3% no sufrieron complicaciones, siendo las más frecuentes la dehiscencia de suturas y la infección.

**Tratamiento.** Precisarón tratamiento el 27,3% de los casos siendo el más usado los analgésicos (25,5)

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Se realizaron 255 llamadas, llegando a encuestar a un total de 101 pacientes (39,6%). El 97% de los usuarios encuestados piensan que han sido bien o muy bien atendidos. Un 93,1% elegirían nuevamente el centro de salud en circunstancias similares. El 94% valora el tiempo de espera para la intervención como poco o muy poco. El 95% considera adecuadas las explicaciones recibidas por su médico y la higiene sólo fue mal calificada en un solo caso.

## DISCUSIÓN

En general los pacientes que más solicitan de esta actividad son pacientes entre la quinta y sexta décadas de la vida, principalmente mujeres, que consultan por dolor o motivo estético con lesiones en cabeza o cuello. El tiempo de espera para la cirugía aumentó con respecto a la anterior evaluación hasta un máximo de 66 días lo cual se puede explicar por el mayor número de intervenciones,

la inclusión de más facultativos que derivan a la consulta de cirugía menor sin una implementación de las horas o el personal que se encargan de dicho trabajo y fallos de registro en las fichas destinadas para ello teniendo que completar la información en la historia clínica IANUS donde no se registran otros posibles motivos de demora que no sean la propia lista de espera.

Posibles soluciones para la mejora de este aspecto, también favorable para implementar el programa, serían realizar actividades de formación dirigidas a mejorar las habilidades diagnósticas y técnicas que permitan aumentar el personal y el tiempo dedicado a esta actividad. Así mismo sería razonable priorizar aquellas lesiones que resulten dolorosas o sean subsidiarias de tratamiento quirúrgico frente a las lesiones estéticas, por las que se debería, siempre que fuera posible, aconsejar al paciente la no intervención.

Así mismo es importante tener en cuenta que se observa una disminución de la correspondencia clínico-histológica lo que nos obliga a reflexionar sobre las posibles causas de este descenso que no siendo estadísticamente significativo puede ser un indicador de empobrecimiento de la calidad del programa.

Este medidor nos habla indirectamente de la experiencia y la habilidad en el reconocimiento de las lesiones dermatológicas del médico de referencia, la indicación de intervenir y la técnica utilizada. Una de las posibles causas del declive observado puede ser la incorporación de más facultativos al programa, así como el aumento del número de intervenciones. Igualmente la correspondencia está muy condicionada por el tipo de lesión y el porcentaje de remisión de piezas, existen trabajos en los que se compara la correspondencia clínico-histológica según el número de muestras enviadas a analizar por anatomía patológica, encontrándose que aquellos centros con menor acceso al análisis tienen un mayor índice de correspondencia, por lo que el fácil acceso al servicio de anatomía patológica también es un factor a tener en cuenta.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, la principal limitación encontrada fue la reducida tasa de participación puesto que sólo contestaron la encuesta el 39,6% de los intervenidos por no tener acceso a datos actualizados de contacto, por imposibilidad de localizar telefónicamente o simplemente por no prestarse a contestar la encuesta. Pese a todo, el resultado es positivo con gran satisfacción de la población encuestada.

## CONCLUSIONES:

La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados, pocas incidencias y complicaciones y una amplia satisfacción entre los usuarios encuestados. En los últimos años ha aumentado la demanda y con ello el tiempo de espera lo que nos obliga a reflexionar sobre medidas organizativas que nos permitan atender las necesidades de nuestros pacientes, reduciendo quizás las intervenciones con finalidad estética y priorizando otros motivos de consulta.

## PUNTOS CLAVE

### HECHOS CONOCIDOS

El abordaje de la cirugía menor en centros de Atención Primaria supone el abaratamiento de los costes y la reducción de la derivación a consulta especializada con la consiguiente disminución de los tiempos de espera quirúrgicos.

Se describe en la literatura una potenciación de la relación médico-paciente, así como una mejora en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

Esta actividad se concibe como actividad formativa de prioridad I en el tratamiento de problemas de la piel, por tanto es un servicio que todo centro de salud docente debería presentar.

### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados y una amplia satisfacción entre los usuarios.

Los consumidores de este recurso son en su mayoría mujeres que consultan por lesiones dolorosas o estéticas en áreas de cabeza y cuello.

En los últimos años ha aumentado la demanda y con ello el tiempo de espera para las intervenciones por lo que se reducirán las intervenciones estéticas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. J. Noval Cinza, S. Pena Cartelle, M. Debén Sánchez. O consentimiento informado en cirugía menor de Atención Primaria. Proposta de formulario Rev. galega actual.sanit. 2004;1(3): 10-19
2. Programa Docente de Medicina de Familia. Comisión Nacional de la Especialidad. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo- Ministerio de Educación y Ciencia, 2003.
3. A. López Santiago et al. Cirugía menor en Atención Primaria: la satisfacción de los usuarios. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 2. 30 de junio 2000
4. Ramírez Arriola MG et al. Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de Atención Primaria Aten Primaria. 2017;49(2):86-92
5. Tárrega López PJ, Celada Rodríguez A. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural. Semergen. 2004;30:164-8.
6. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. Semergen. 2013;39:12-7.

# Estudio descriptivo de la Atención Domiciliaria Urgente por un punto de atención continuada durante un año.

Descriptive study of the urgent domiciliary attention for a continuous attention point for a year.

Mónica Corral Zas<sup>1</sup>, V. M. del Campo Pérez<sup>2</sup>, Rosa M.<sup>a</sup> Rodríguez Iglesia<sup>3</sup>, Ruth Otero González<sup>4</sup>, Teresa Calheiros Cruz Vidigal<sup>5</sup>.

1 MÉDICO DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO

2 JEFE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO DE VIGO.

3 MÉDICO DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO.

4 RESIDENTE DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO

5 RESIDENTE DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rosa M.<sup>a</sup> Rodríguez Iglesia. e-mail: rosa.rguerziglesi@cmpont.es

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 15-21

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los pacientes atendidos por el PAC (punto de atención continuada) de Vigo en su domicilio, situación funcional, situación clínica basal y utilización de recursos sanitarios. Motivo de atención domiciliaria urgente, diagnósticos nuevos y tratamiento.

**Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Los datos se recogieron de la historia clínica informatizada. Se incluyeron los pacientes atendidos en su domicilio durante el año 2015.

**Resultados:** Se realizaron 3.726 domicilios urgentes. Edad media de 77.7 años. Un 58.4% tenían 80 o más años. La mayoría, mujeres. Un 43.6% inmovilizados o dependientes. En un 46% no figuraba la situación funcional. Dos tercios tenía entre 1 y 4 problemas crónicos de salud, el más frecuente la HTA. El 55.9%, polimedicados. El motivo más frecuente de atención fue agitación/agresividad, seguido de alteración del nivel de conciencia. El diagnóstico nuevo más frecuente fue la infección respiratoria. Un tercio de los pacientes se derivaron al hospital, el doble en las emergencias.

**Conclusiones:** Los domicilios atendidos por el PAC de Vigo correspondieron mayoritariamente a personas mayores y mujeres. La situación funcional de los pacientes estaba deficientemente reflejada en las historias clínicas. A mayor edad mayor número de problemas y de fármacos pautados. Las enfermedades crónicas más frecuentes eran HTA y dislipemia. El motivo de atención más frecuente en jóvenes fue agresividad/agitación y la alteración del nivel de conciencia el primero en mayores.

**Palabras claves:** atención domiciliaria, domicilios urgentes, atención primaria.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the patients attended by the PAC (continued care point) of Vigo in their home, functional situation, baseline clinical situation and use of health resources. Reason for urgent home care, new diagnoses and treatment. **DESIGN:** Descriptive, retrospective study. The data was collected from the computerized medical record. Patients attended at home during the year 2015 were included.

**Results:** There were 3,726 urgent homes. Average age of 77.7 years. 58.4% were 80 or more years old. The majority, women. 43.6% immobilized or dependent. 46% did not include the functional situation. Two thirds had between 1 and 4 chronic health problems, the most frequent being hypertension. 55.9%, polymedicated. The most frequent reason for attention was agitation / aggression, followed by altered level of consciousness. The most frequent new diagnosis was respiratory infection. A third of the patients were referred to the hospital, twice as many in emergencies.

**Conclusions:** The domiciles served by the PAC of Vigo corresponded mainly to elderly people and women. The functional situation of the patients was poorly reflected in the medical records. The greater the age, the greater number of problems and prescribed drugs. The most frequent chronic diseases were hypertension and dyslipidemia. The most frequent reason for attention in young people was aggressiveness/agitation and the alteration of the level of consciousness the first in older.

**Keywords:** home care, urgent homes, primary care.

## INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad envejecida en la que el número de pacientes crónicos inmovilizados, crece día a día. Simultáneamente el tiempo de ingreso se reduce, potenciando el papel de la atención primaria (AP)<sup>1</sup>, lo que provoca un aumento de la atención a domicilio. La OMS en su documento "Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI" ya nos ha alertado respecto a la atención a los enfermos crónicos<sup>2</sup>.

La atención domiciliaria (AD) es responsabilidad de Atención Primaria (AP), suponiendo un 2% de los actos médicos totales<sup>3</sup>.

Varias publicaciones en nuestro país han estudiado la actividad urgente en AP, pero pocas se han centrado en la atención urgente en el domicilio del paciente, realizada por los servicios de atención continuada (PAC). El SIAP (sistema de información de Atención Primaria) 2012-2015, informa que en 2015 se atendieron un 6% más de urgencias que en el año anterior. De estas un 5,4% fueron atendidas a domicilio, siendo los mayores de 65 años sus principales destinatarios<sup>5</sup>.

El objetivo principal del estudio fue describir la población de pacientes que fue atendida por el PAC de Vigo en su domicilio, su situación funcional, su situación clínica basal (patología y tratamientos crónicos), y la utilización de recursos sanitarios los 6 meses anteriores a la atención, describir el motivo de atención domiciliaria urgente, diagnósticos nuevos más frecuentes, y el plan de tratamiento realizado. Esta información puede ayudar a mejorar la planificación de los recursos sanitarios y la atención a los pacientes.

## MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en la zona correspondiente al PAC de Vigo, que comprende zona urbana y zona periférica, semiurbana, con una población atendida de 306.000 habitantes. Periodo de estudio: desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. La recogida de datos se realizó, a partir de la información existente en la historia clínica informatizada (IANUS). El tamaño de la población corresponde a todos los avisos domiciliarios realizados en el intervalo seleccionado. El criterio de inclusión fue ser un paciente atendido en su domicilio por el PAC de Vigo, tras requerir atención urgente domiciliaria por el 061. Fueron excluidos los pacientes atendidos por enfermería en cita programada y los atendidos en vía pública.

Dado el amplio rango de edad entre los pacientes (de 14 a 104 años), para realizar las comparaciones de las distintas variables de estudio hemos dividido la muestra en quintiles (14-32, 32-50, 50-68, 68-86, 86-104 años de edad).

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo especialmente diseñada para ello, en el programa Calc de Libre Office, y se analizaron con el paquete estadístico PSPP.

Los resultados se expresan, para las variables cuantitativas mediante la media e intervalo de confianza al 95% o a través de la mediana y la amplitud intercuartil si la distribución no se ajustaba a normal. Las variables cualitativas se describen por sus frecuencias absolutas y porcentajes.

Los análisis bivariantes utilizados son el test de chi cuadrado para variables categóricas (% emergencias vs día semana), la t de Student o Wilcoxon para las numéricas en dos grupos (edad vs sexo), con análisis de la varianza para numéricas en más de dos grupos (número de fármacos vs grupos de edad), y la correlación de Pearson para dos variables numéricas (problemas de salud vs edad en años).

## RESULTADOS

El PAC de VIGO prestó atención durante el año 2015 a 59.635 Pacientes. De estos, 4.856 (8.1%) fueron atendidos en el domicilio del paciente. Siendo 3.726 (6.2%) domicilios urgentes y los 1.130 restantes programados de enfermería. Las tasas de atención por 1.000 habitantes oscilaron entre la de 2,6 del grupo de 15 a 44 años a la de 123,9 del grupo de mayores de 80 años.

El mes con mayor número de visitas en domicilio fue enero con 500, seguido de diciembre, con 495 pacientes. Casi el 60 % (59.7%) de las consultas se realizaron de lunes a viernes, y el 40.3% restantes en los fines de semana y festivos, pero el porcentaje de emergencias en ambos casos fue similar: un 8.7% y un 8.8% del total. (diferencia no significativa) El mayor número de las asistencias se hicieron entre las 15h y las 22h (2.281), lo que supone casi un 47% del total.

Se ha considerado un tamaño muestral de 372 pacientes (con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%), que hemos seleccionado de forma aleatoria entre la población diana (3.726 domicilios urgentes).

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La edad media era de 77,7 años, desde 14 hasta 104 años, siendo la mediana de 84 años. El 58,4 % tenían 80 o más años. Un 15% entre 90 y 94 años. Las mujeres tenían una mayor edad media (80,9 años vs. 72,4 años), siendo además la mayoría de atenciones (62,7%).

Situación funcional: Un 20,7 % estaban diagnosticados como "inmovilizados"; de éstos un 68,5% eran mayores de 68 años. Un 22,9 % como "dependientes". Como se puede ver en la figura 1, la situación funcional estaba recogida en mayor proporción en los pacientes de más edad, en los que era mayor la proporción de inmovilizados. La proporción de pacientes paliativos (10% del total), sin embargo, era más homogénea en los distintos grupos de edad. La edad media de los pacientes inmovilizados era de 89 años, superior a la media del total de pacientes ( $p < 0,001$ ).

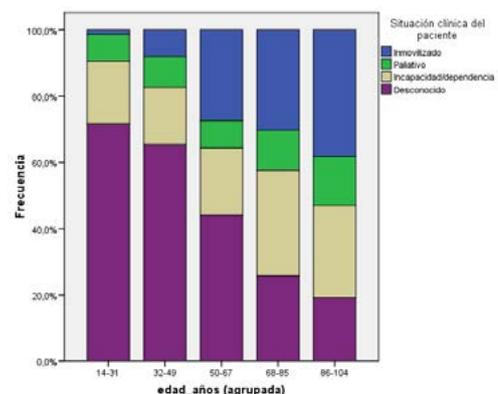


Figura 1. Situación clínica de los pacientes, según edad.

Un 65 % de los pacientes tenía una prevalencia entre 1 y 4 problemas de salud. Los más jóvenes (14 a 32 años) tenían una media de 2,3 problemas, mientras que entre 68 y 86 años era de 4,8 problemas (figura 2). Existe una correlación positiva, a mayor edad, mayor número de problemas de salud ( $r=0,36$ ,  $p<0,001$ ). No se observaron diferencias entre sexos.

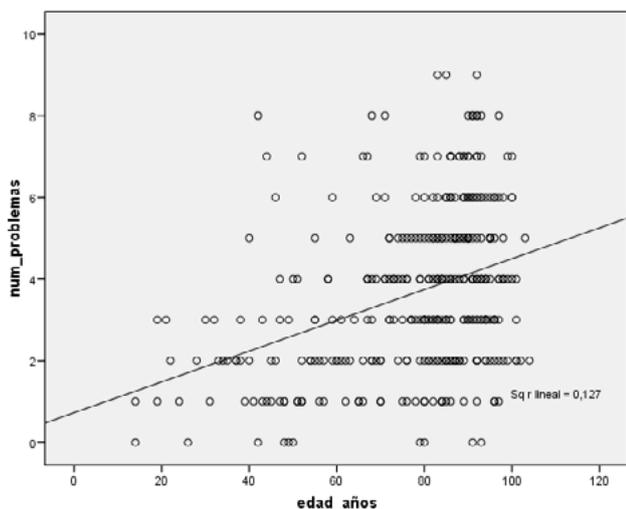


Figura 2. Número de problemas de salud, según edad

El problema más frecuente fue la HTA (54,5%), seguido de dislipemias (33,5%), patología oncológica (22,6%) y demencia (21,3%) (tabla 1).

Tabla 1- Problemas de salud más prevalentes, según frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	200	54,5%
Dislipemia	123	33,5%
Patología oncológica	83	22,6%
Deterioro cognitivo / demencia	78	21,3%
Diabetes mellitus	73	19,9%
Síndrome ansioso-depresivo	63	17,2%
Patología osteo-muscular / artrosis	60	16,3%
Fibrilación auricular	58	15,6%
Cardiopatía	58	15,6%
ACV / AIT	49	13,4%
Otras neurológicas	45	12,3%
Patología hematológica	34	9,3%
EPOC	32	8,7%
Patología tiroidea	31	8,4%
Otras psiquiátricas	31	8,4%
Insuf. renal crónica	29	7,9%
Patología urológica	28	7,9%
Insuficiencia cardíaca	28	7,9%

	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo / abuso drogas	25	6,8%
Otra patología respiratoria	23	6,3%
Obesidad	21	5,7%
Otra patología digestiva	21	5,7%
Otra patología endocrino-metabólica	21	5,7%
Otras cardiovasculares	20	5,4%
Patología vascular	18	5,4%
Patología ORL	16	4,4%
Hepatopatía	15	4,1%
Patología oftalmológica	14	3,8%
Patología reumatológica	14	3,8%
Asma	12	3,3%
Patología dermatológica	8	2,2%
Síndromes inmunológicos / VIH	7	1,9%
Otras patologías renales	1	,3%
Patología ginecológica	1	,3%
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100,0%</b>

Se observó un aumento significativo en la frecuencia de los problemas de salud, en los grupos de mayor edad: HTA, dislipemias, diabetes mellitus, fibrilación auricular, ACV, cardiopatías e insuficiencia renal crónica.

El número de fármacos prescritos se relacionó con la edad. A mayor edad, mayor número de fármacos, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ). Un 5,4% de los pacientes no consumían ningún fármaco. Un 21% de los pacientes tenían entre 5 y 6 fármacos prescritos. Un 20,5% tenían pautados entre 7 y 8 fármacos.

Se consideró polimedicación al consumo de 6 o más fármacos al día, por ser el criterio que el SERGAS ha seguido en su programa de atención a pacientes crónicos polimedificados<sup>22</sup>. El 55,9% de nuestros pacientes estaba polimedicado. El grupo con mayor porcentaje era el comprendido entre 68 y 86 años, en el que el 75,8% cumplía este criterio.

El grupo de fármacos más prescrito fue el de IBP (48,2%), seguido de los ansiolíticos (46,3%), los antidepresivos (34,1%), diuréticos (33,2%), y analgésicos no opioides (32,4%),

Con respecto a la utilización de recursos sanitarios en los últimos 6 meses, un 48,2% no había tenido ninguna consulta domiciliaria. Un 34,6% había tenido una en el último mes y el 23,7% había tenido una consulta domiciliaria en la última semana. Casi un 20% tuvo 9 o más consultas en AP y un 54,3% tuvo 5 o más consultas. Un 58% acudió en dos o más ocasiones a urgencias. Un 40,6% fue 2 o más veces al PAC. De los pacientes que más fueron a AP, un 23% también frecuentó urgencias y un 31,4% fueron al PAC ( $p < 0,001$  en ambos casos).

Respecto al número de consultas realizadas por los servicios

responsables del seguimiento del paciente, un 86,9% de las mismas las realizó AP con una media de 10 consultas y una mediana 7 por paciente; un 18,8% atención especializada, con una media de 4 (mediana 3) y un 6,3% HADO, con una media de 7,8 (mediana 5).

Como podemos observar en la tabla N° 2, las correlaciones entre número de problemas y utilización de servicios sanitarios (AP, urgencias y PAC) fueron significativas, a mayor número de problemas, mayor número de visitas. La correlación entre el número de fármacos y el número de consultas en AP y en PAC también fue positiva.

**Tabla 2- Relación entre número de problemas de salud y utilización servicios sanitarios**

	Número de problemas de salud	
	Coefficiente de correlación	P-valor
N° de visitas por AP (6 meses)	,252(**)	<0,001
N° visitas a URG H (6 meses)	,225(**)	<0,001
N° visitas por PAC (6 meses)	,090(*)	,043
N° total de fármacos	,500(**)	<0,001

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

## DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los motivos de atención domiciliaria por PAC se muestran en la tabla 3, siendo la agitación / agresividad el de mayor frecuencia. Por grupos de edad, esto fue así en los grupos de menor edad, siendo la disnea el motivo más frecuente de atención en la edad media de la vida y la alteración del nivel de conciencia el más frecuente en los grupos de mayor edad.

**Tabla 3- Motivos de atención urgente domiciliaria**

	Frecuencia	Porcentaje
Agitación / agresividad	55	15,0%
Alteración nivel conciencia	42	11,4%
Mal control del dolor	41	11,2%
Disnea	39	10,6%
Otros respiratorios no disnea	32	8,8%
Síntomas gastrointestinales	31	8,5%
Fiebre	21	5,7%
Problemas sondas	16	4,4%
Mareo	14	3,8%
Mal estado general	13	3,6%
Otras neurológicas focales	8	2,2%
Dolor torácico	7	1,9%
Hemorragia	6	1,6%
Cefalea	1	,3%

	Frecuencia	Porcentaje
Otros	48	13,1%
Sin datos	4	1,1%
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100,0%</b>

El diagnóstico en la valoración domiciliaria (tabla 4) más frecuente fue infección respiratoria (15%), seguido de patología psiquiátrica (11.7%), demencia (11.7%), patología musculo-esquelética (8.4%) y patología oncológica (8.4%). Un grupo de 23.2% engloban patología variada.

**Tabla 4- Nuevos diagnósticos en la atención urgente domiciliaria**

	Frecuencia	Porcentaje
Infección respiratoria	55	15,0%
Patología psiquiátrica	43	11,7%
Enfs. músculo-esqueléticas	31	8,4%
Exitus	28	7,6%
Infección urinaria	28	7,6%
Patología oncológica	25	6,8%
Demencia	13	3,5%
Retención aguda orina	12	3,3%
Gastroenteritis aguda	6	1,6%
Descompensación cardíaca	4	1,1%
EPOC / asma reagudizado	4	1,1%
Celulitis	4	1,1%
Otros	85	23,2%
Sin datos	34	9,3%
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100,0%</b>

El tratamiento más frecuentemente pautado en domicilio fueron los analgésicos no opiodes (15,5%), seguido de los antibióticos (15,3%). En un 36,5% de los casos no figuraba anotado en la historia el tratamiento pautado. En un 18,3% de los casos el tratamiento queda etiquetado dentro del grupo "otros" (miscelánea).

La vía de administración de fármacos, más frecuente fue oral (28,1%), seguida de vía intramuscular (26,2%), Endovenosa (5,4%), inhalada (5,5%), subcutánea (4,9%).

El PAC resolvió dos terceras partes de las atenciones domiciliarias, derivando al hospital un 34,3% de las mismas, siendo mucho mayor la derivación hospitalaria de las emergencias (62,5%,  $p < 0,001$ ).

Respecto a la derivación hospitalaria, no se observan diferencias significativas entre los distintos días de la semana. Tampoco se relacionó de forma significativa con el sexo del paciente, el número de problemas del paciente, ni el número de fármacos que tomaba. La única variable que influyó en el ingreso fue la edad. Por cada año que aumenta la edad, aumenta un 23% más.

## DISCUSIÓN

A pesar de contar con la historia informatizada, la recogida de datos supuso un gran esfuerzo, debido a la dispersión de los mismos y a la falta de información en la historia, que al igual que en otros trabajos, puede ser una limitación al estudio<sup>1</sup>. Retiramos de los resultados de las variables sociales, porque la falta de datos en las historias, les restaban credibilidad.

El estudio se realizó a lo largo de todo el año para incluir las posibles diferencias asistenciales que puede haber en las distintas épocas del año.

La media de edad fue más alta que la objetivada en otros estudios<sup>2,3,6</sup>. El hecho de que casi un 60 % sea mayor de 80 años y que la tasa de atención por 1000 habitantes se acerque a 124 en este grupo respecto al 2,6 en el grupo más joven, nos indica la repercusión que el envejecimiento de la población tiene sobre los domicilios urgentes del PAC. A pesar de ello, el porcentaje de domicilios urgentes no fue de los más altos, respecto a otros estudios<sup>6,7,16</sup>. Coincidiendo con otros trabajos las mujeres fueron mayoría entre los pacientes atendidos<sup>2,3,6,7</sup>.

La valoración funcional basal es esencial en el diagnóstico de las personas mayores<sup>9,10</sup>. Pero la mayoría de las historias no tenían datos sobre la situación funcional, de forma sistematizada. Aparecían en el contexto de una justificación a la atención domiciliaria, como parte de una valoración de dependencia, o como un episodio. La utilización de escalas de valoración funcional homologadas no fue destacable. La situación funcional se recogía más en el grupo de mayor edad, siendo en este grupo donde se dio el mayor porcentaje de inmovilizados. Como era de esperar, los pacientes más jóvenes tenían menor proporción de inmovilizados a la vez que un mayor desconocimiento de su situación funcional.

Casi un 44% de los pacientes atendidos eran inmovilizados y/o dependientes<sup>11</sup>. Es probable que en la vorágine de la consulta diaria la utilización de uno u otro término unido a la falta de tiempo haya obligado en muchas ocasiones a resumir, ocasionando una pérdida de información en la historia. Aunque otro estudio de nuestra Comunidad<sup>12</sup> encontró que un 61% de los pacientes inmovilizados tenían una valoración funcional.

Con respecto a los problemas de salud, el grupo de pacientes de 68 a 86 años tenían una media de 4,8 diagnósticos, coincidiendo con Bilbao et al<sup>13</sup> que encontraron una media de cuatro por paciente. La HTA fue el más frecuente, seguido de la dislipemia, coincidiendo con la mayoría de las publicaciones<sup>5</sup>. El diagnóstico de insuficiencia renal crónica figuraba en el 7,9% de los pacientes, cuando se estima que la prevalencia en España es de un 11%, según el estudio EPIRCE<sup>14</sup>, pero, el análisis distribuido por edad mostró que los mayores de 50 años si tenían la prevalencia esperada.

Cabría esperar en un grupo de edad tan elevada, con alto porcentaje de enfermedades oncológicas, demencias, ACVA, y otras comorbilidades, un mayor número de pacientes paliativos. Podría ser debido a que estos pacientes son atendidos por HADO, o a un infradiagnóstico de paliativos<sup>15</sup>.

El porcentaje de polimedicados<sup>16</sup> parece excesivamente elevado, aunque Molina<sup>17</sup> también encontró una prevalencia en torno al 50% en las personas mayores de 65 años.

A pesar del elevado número de consultas realizadas por AP, urgencias o PAC, casi la mitad de los pacientes no tuvo ninguna consulta domiciliaria en los últimos 6 meses, aunque casi un cuarto fue visitado en la semana anterior, probablemente debido a la sobrecarga en las consultas. Nosotros también hemos encontrado una relación significativa entre el número de problemas de salud y el número de visitas a AP y a urgencias<sup>19</sup>.

Los motivos de atención mostraron una diferencia por grupos de edad notable, con un importante peso de la agresividad/agitación en pacientes de menor edad, en probable asociación con patología psiquiátrica crónica, que es preciso estudiar con más detalle. Coincidimos con otros estudios en que la sintomatología respiratoria<sup>18,20</sup> fue el motivo más frecuente de atención en la edad media de la vida. La alteración del nivel de conciencia fue el más frecuente en los grupos de mayor edad.

El diagnóstico de la valoración domiciliaria más frecuente fue infección respiratoria (15%), coincidiendo con la mayoría de los estudios<sup>21,22,23</sup>, aunque la patología psiquiátrica (11.7%), y la demencia (11.7%) también son muy frecuentes.

El tratamiento más frecuentemente pautado en domicilio fueron los analgésicos no opioides, coincidiendo con otros trabajos<sup>1,18</sup>, seguido de los antibióticos. También nosotros encontramos un porcentaje muy alto de tratamientos sin anotar<sup>8</sup>.

La vía oral fue la más frecuente, a diferencia de otros estudios<sup>2</sup> que observaron un porcentaje mayor de utilización de la vía IM.

En cuanto a la resolución de la atención domiciliaria, varía de unos estudios a otros, remitiéndose a urgencias de un 20 a un 31 %<sup>18,20,21</sup>, inferior a nuestro estudio. La diferencia significativa se produjo en las emergencias, que remitimos en un 62,5%, lo que pudo estar en relación a la gravedad de la patología

Aplicabilidad: Al recoger la muestra entre domicilios urgentes solicitados al PAC, los resultados no se pueden generalizar a toda la población, por lo que habría que realizar estudios posteriores abarcando todos domicilios realizados por AP (consultas y PAC).

## INDICE DE ABREVIATURAS:

AP: Atención Primaria

AD: Atención Domiciliaria

PAC: Punto de Atención Continuada

SIAP Sistema de Información de Atención Primaria

IANUS: Historia Clínica Electrónica

HADO: Hospitalización A domicilio

HTA: Hipertensión Arterial

IBP: Inhibidores de la Bomba de Protones

ACV: Accidente Cerebrovascular/ACVA: Accidente Cerebrovascular Agudo

Via IM: vía Intramuscular.

**PUNTOS CLAVE****HECHOS CONOCIDOS**

La atención domiciliaria urgente es más frecuente a personas mayores y a mujeres.

A mayor edad, mayor número de problemas y de fármacos pautados. La proporción de pacientes polimedicados es muy alta, y aumenta con la edad.

El diagnóstico más frecuente en el domicilio fue la infección respiratoria.

**APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO**

La situación funcional de los pacientes está deficientemente reflejada en la historia clínica, y la utilización de escalas es minoritaria.

Los motivos de atención varían en función de los grupos de edad, siendo la agresividad/agitación el primero en jóvenes y la alteración del nivel de conciencia el más frecuente en mayores.

De los pacientes atendidos en el domicilio, aproximadamente una tercera parte necesita derivación hospitalaria para su atención, mucho más en casos de emergencia.

extrahospitalario mixto (urbano y rural). Centro de Salud 2001;9:640-5.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Martínez Oviedo A, Abril Marqués G, Arnal Clemente P, Vicente Vicente A, Hernández Lahuerta R y García Dinnbier A. Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Estudio de la demanda y estrategias para su optimización. SEMERGEN.2008;34(8):379-84.
- OMS 2005. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas [citado 14 Dic 2007]. Disponible en: URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf)
- Henares García P, Verdes Montenegro J C y Alguacil Pau A I. Avisos a demanda en un centro de salud de Madrid: estudio de los avisos injustificados y aproximación a las motivaciones del paciente. SEMERGEN 2003;29(10):511-7.
- Fernández -Miera M F. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr y Gerontol.2009;44(s1):39-50.
- SIAP. Sistema de información de Atención Primaria. Actividad sanitaria urgente. Realizada en el ámbito extrahospitalario. Sistema Nacional de Salud. 2012 – 2015.
- Fernández Antuña M A. Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). SEMERGEN. 2009;35(7):321-6.
- Mancera Romero J, Guerrero Moreno M, Cárdenas Del Río J F, Ferrás Escalona M J, Ginel Mendoza L, Paniagua Gómez F. Atención domiciliaria en un servicio de urgencia extrahospitalario mixto (urbano y rural). Centro de Salud 2001;9:640-5.
- Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Muñoz Cobos F, Giménez Basallote S, Miranda Vázquez M y Ginel Mendoza L. Avisos médicos domiciliarios en un Centro de Salud urbano. SEMERGEN 2003;29(8):399-403.
- Williams E.I. Evolving methods for comprehensive assessment by general practitioners: The UK Experience. En: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, editores. Geriatric Assessment Technology: the state of the Art. Milan, Italia Editorial Kurtis 1995. P 255-264.
- Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. Mayo Clin Proc 1995; 70:890-910.
- Ferrer Arnedo Carmen. Cartera de servicios de atención primaria en el ámbito domiciliario. Jano 8-14 septiembre 2006. Nº 1.618. www.doyma.es/jano
- Rodríguez Abellón, M.J.; Calviño Cerqueiro, M; Veira Silva, M.R.L. Control de pacientes inmovilizados en el área de A Coruña. Cad. Aten. Primaria 2004; 11:205-210.
- Bilbao I, Gastaminza A M, García J A, Quindimil J A, López J I, Huidrobo L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13:188-90.
- Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) 2008;28:273-82.
- Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. Med Pal (Madrid) Vol 17: Nº 35;156-160,2010.
- Silvia Reboredo-García, Carolina González-Criado Mateo y Carmen Casal-Llorente. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014;46(Supl 3):33-40.
- 17- Molina, T.; Carballo, M.; Palma, D.; López, H.; Domínguez, J.; et al; (2012). Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. Aten Primaria. 44 (4): 216-22.
- Pérez Martín A, López Lanza J R, Robles García M, Guijarro Bezanilla M, López Videras R, Dierssen Sotos T, Ramos Barrón M C. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria tendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante un año. Emergencias 2004; 16:190-195.
- Díez-Cascón González Patricia y Sisó Almirall Antoni. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(s1):3-9.
- García González Mª, Ruiz Carbajo FJ, García González M. atención domiciliaria al paciente paliativo por equipos de urgencias extrahospitalarias. Med fam Andal. 2017;2.148-153.
- Fuentes Lema, María Dolores, López Pérez, Ángel. Análisis de las urgencias extrahospitalarias en la comarca de Verín. Cad Aten Primaria Año 2008, volumen 15 Pag 29-35.

23. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M, Pedrol Clotet E. Estudio descriptivo de un servicio de atención domiciliaria continuada realizada desde urgencias. *Emergencias* 2009;21: 429-432.
24. Expósito F, Gurrea JM, Díez MJ, Belzunegui T. Estudio de la demanda de atención domiciliaria en 1995 del Servicio de Urgencias Extrahospitalario de Pamplona. *ANALES Sis San Navarra*, Vol 20, N° 2, mayo-agosto

# Pilotaje de un taller de alimentación saludable impartido a escolares por un profesional sanitario.

Pilotage of a healthy food workshop given to scholars by a healthcare professional.

Antía Dosil Bermúdez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ENFERMERA INTERNO RESIDENTE DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Antía Dosil Bermúdez. e-mail: antia.dosil.bermudez@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 22-27

## RESUMEN

**Objetivo:** cuantificar el cambio en conocimientos sobre alimentación saludable tras una intervención educativa en jóvenes de entre 13 a 17 años en el ámbito escolar.

**Diseño:** estudio analítico observacional con evaluación ante-post de una intervención educativa. Análisis estadístico: descriptivo, con cálculo de los intervalos de confianza de las variables de resultado, y pruebas no paramétricas en el análisis bivalente.

**Emplazamiento:** el estudio tuvo lugar en el tercer curso del Instituto IES Castelao.

**Participantes:** se realizó con una muestra de 76 alumnos. La captación de los participantes fue intencionada, a través de una profesora del Instituto.

**Intervenciones:** la intervención consistió en un taller teórico-práctico, de cincuenta minutos de duración, impartido por un profesional del ámbito sanitario, y con distribución de material informativo.

**Mediciones principales:** Sexo, aula, puntuación total en el cuestionario de conocimientos básicos en alimentación saludable.

**Resultados:** Participaron el 100% de los alumnos, 46% hombres (n=35) y 54% mujeres (n=41). Se obtuvo la siguiente mediana de las puntuaciones totales antes de la intervención: 5,00 (p25:4,00, p75:6,00), y tras la intervención se incrementó hasta 7,00 (p25: 6,00, p75:9,00). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,000) entre las puntuaciones totales obtenidas en los cuestionarios antes y después de la educación impartida.

**Conclusiones:** Con intervenciones educativas breves en el ámbito escolar por parte de profesionales sanitarios se pueden incrementar los conocimientos de los jóvenes en alimentación saludable.

**Palabras clave:** malnutrición, obesidad, adolescentes, alimentación saludable.

## ABSTRACT

**Purpose:** quantify the change in knowledge about healthy eating after an educational intervention in young people between 13 to 18 years in the school setting.

**Design:** observational analytical study with ante-post evaluation of an educational intervention over 6 months. Statistical analysis: descriptive, with calculation of the confidence intervals of the outcome variables, and nonparametric tests in the bivariate analysis.

**Location:** the study took place in the third year of the IES Castelao Institute.

**Participants:** it was carried out with a sample of 76 students. The recruitment of the participants was intentional, through a teacher of the Institute.

**Interventions:** the intervention consisted of a theoretical-practical workshop, lasting fifty minutes, given by a health professional, and with the distribution of informative material.

**Main measurements:** sex, classroom, total score in the questionnaire of basic knowledge in healthy food.

**Results:** 100% of the students participated, 46% men (n = 35) and 54% women (n = 41). The following median of the total scores before the intervention was obtained: 5.00 (p25: 4.00, p75: 6.00), and after the intervention it was increased to 7.00 (p25: 6.00, p75: 9.00). Statistically significant differences were found (p = 0.000) between the total scores obtained in the questionnaires before and after the education given.

**Conclusions:** With brief interventions in the school environment by health professionals the knowledge of young people in healthy eating can be increased.

**Keywords:** malnutrition, obesity, teenagers, healthy eating.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica y compleja, en la que se observa un desequilibrio entre el aporte y el gasto de energía. Es una patología directamente relacionada con los estilos de vida de la persona, sobretodo sus rutinas de alimentación y los niveles de actividad física. Es por esto que, numerosos estudios vinculan el aumento de la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial con cambios en los hábitos de vida de la población hacia patrones alimentarios menos saludables, con una disminución en la adherencia a la dieta mediterránea y una creciente urbanización, favoreciendo el aumento del sedentarismo<sup>1,2,3,4</sup>.

La OMS habla de "epidemia" de obesidad e indica que la prevalencia se ha triplicado entre 1975 y 2016. Las cifras más recientes indican que alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. En niños y adolescentes, un 6% de las niñas y un 8% de los niños padecían esta enfermedad en todo el mundo y, en España, se observan tasas de obesidad infantil del 26% de los chicos y el 24% de las chicas, superiores a las evidenciadas por otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)<sup>3,4,5</sup>. Diversos estudios españoles (ENALIA<sup>6</sup>, enKid<sup>7</sup>, Aladino<sup>8</sup>, Thao<sup>9</sup>) coinciden en patrones alarmantes de alimentación en jóvenes y que entorno al 30% de los mismos padecen exceso de peso.

En la población infantil, las cifras crecientes de obesidad son más preocupantes, por la relación entre padecer esta enfermedad durante la infancia y mantenerla a lo largo de la vida de la persona. En esta afirmación, no solo se tienen en cuenta las consecuencias negativas para la salud (aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas, menor esperanza de vida, disminución de la calidad de vida), sino también la repercusión económica y social<sup>3,4,10,11,12</sup>.

La obesidad puede prevenirse realizando educación para la salud, para lo que la etapa infantil se muestra idónea. Es entonces cuando se adquieren estilos de vida que van a ser muy difíciles de modificar en la edad adulta, y van a condicionar la salud futura del individuo. El sitio pertinente para realizar la intervención es el ámbito escolar, pues juega un papel básico en la adquisición y modificación de hábitos de las personas. Estudios previos han señalado la necesidad de ampliar la investigación sobre hábitos alimentarios en centros educativos<sup>1,2,5,10,11,13</sup> y la congruencia de que la educación para la salud sea realizada por profesionales sanitarios<sup>3</sup>.

Desde el año 2004 se ha intensificado la actuación política encaminada a reducir el exceso de peso en la población juvenil, desarrollándose programas, estrategias y líneas de actuación para promocionar una alimentación saludable, tanto a nivel internacional (Estrategia Mundial sobre Dieta y Actividad Física), como nacional (Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad, Programa Perseo)<sup>2,10</sup>. Actualmente, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2017 se promulgaron recomendaciones prácticas para disminuir la obesidad infantil, contempladas también en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020<sup>4</sup>.

## OBJETIVO

Cuantificar el cambio en conocimientos sobre alimentación

saludable tras una intervención educativa en jóvenes de entre 13 a 17 años en el ámbito escolar, del área sanitaria de Vigo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional con evaluación ante-post de una intervención educativa una semana antes y al mes de realizar la misma. El estudio tuvo lugar en el tercer curso del Instituto IES Castelao, por su interés en recibir la intervención, en una muestra de 76 alumnos.

Los criterios de inclusión para la selección de participantes era que fuesen jóvenes de entre 13 a 17 años escolarizados en el área sanitaria de Vigo. Se excluyeron del estudio escolares que no entendiesen el idioma en el que se desarrolló el taller (Español), aquellos que no cumplimentasen alguno de los cuestionarios, los que no acudiesen a clase el día de la intervención y los jóvenes que no cumpliesen los criterios de inclusión.

La captación fue intencionada, a través de la profesora de educación física del Instituto, que seleccionó al tercer curso del mismo por componerse de alumnos que tenían el rango de edades requerido y no haber recibido ninguna intervención sobre alimentación previa.

## INTERVENCIÓN

La intervención consistió en un taller teórico-práctico de cincuenta minutos de duración con distribución de material informativo, impartido por un profesional del ámbito sanitario. La formación teórico práctica se realizó durante la jornada escolar en tres aulas, de 25, 27 y 24 niños respectivamente.

La parte teórica tuvo una duración de 20 minutos. Ésta se centró en explicar qué es una alimentación saludable, qué concepto tienen de este término y qué influencia tienen los medios de comunicación y las redes sociales en la idea que tienen del mismo. También, se repasó con los escolares los tipos de nutrientes que hay, en qué alimentos se encuentran, cómo distribuir las comidas y la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos a lo largo del día y de la semana. Los conocimientos se explicaron con ayuda de una presentación en power point y diferentes soportes visuales en papel (imágenes del método del plato de Harvard<sup>14</sup>, de la página web de "sinazucar.org"<sup>15</sup> y de la pirámide de alimentación de la SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria)<sup>16</sup>.

La parte práctica consistió en trabajar con el triángulo de la nutrición del Instituto Flamenco de Vida Saludable<sup>17</sup>. Los jóvenes tuvieron que colocar diferentes fotos de alimentos en los distintos niveles del triángulo. Además, también se realizó un repaso final de forma grupal de lo trabajado en el taller. Así, se pidió a los alumnos y alumnas que realizaran las siguientes tareas:

- Enumeración de hidratos de carbono de acción rápida y lenta.
- Listado de proteínas.
- Enumeración de grasas, diferenciando saturadas de insaturadas.
- Creación de un menú de desayuno.
- Elaboración de un menú para la comida.
- Síntesis de un menú de cena.

Una semana antes de la intervención educativa, la profesora de educación física entregó los cuestionarios de conocimientos en alimentación saludable (Anexo 1), informando previamente sobre la forma correcta de rellenarlos y la finalidad, siendo el tiempo estimado para su realización de unos 30 minutos.

Tabla 1

Preguntas	Mejora (%)	P	Mediana de puntos totales pre	Mediana de puntos totales post
1. Cuál es el nutriente que se debe consumir de forma más abundante en la dieta	372,7%	0,001	5	7
2. En la siguiente fotografía, identifica el nutriente que se encuentra en mayor cantidad	-10,5%	No significativa		
3. Cuál consideras que es la cantidad que se debe comer al día de frutas y verduras	23,1%	0,02		
4. Cuál es el consumo de agua que crees que debe realizarse al día	15,1%	0,03		
5. Cuántas comidas crees que se recomiendan hacer en un día	48,7%	0,001		
6. Qué alimentos de los siguientes crees que deben consumirse a diario	9,5%	0,02		
7. De los siguientes alimentos, ¿cuál crees que es el más completo en nutrientes?	210,5%	0,001		
8. Cuánta energía crees que debe aportar el desayuno	637,5%	0,001		
9. Cuál de estos alimentos crees que aporta más cantidad de fibra	4,3%	No significativa		
10. Cuál de los siguientes crees que es una grasa saturada	-1,5%	No significativa		

Un mes después de cada intervención educativa, se volvieron a entregar los cuestionarios, y se compararon los resultados con los previos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES: sexo, aula.

VARIABLE DE RESULTADO: puntuación total obtenida en el cuestionario de alimentación saludable.

No se seleccionó la edad como variable independiente por la escasa variación al formar parte del mismo curso escolar.

El cuestionario es anónimo y está compuesto por diez preguntas con cuestiones generales de alimentación y cuatro opciones de resultado para cada una, con el fin de adaptar la intervención educativa en función de los conocimientos evidenciados. Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer las deficiencias de jóvenes en hábitos de alimentación, lo que motivó el diseño propio del cuestionario incluyendo preguntas con las que trabajar las temáticas que se percibieron como más necesarias<sup>3, 5, 10, 11, 12</sup>. Se plantearon cuestiones para saber si conocían la importancia del desayuno, los tipos de nutrientes, la cantidad de energía que debe aportar cada uno, entre otras. Se buscó puntuar de forma objetiva el nivel de conocimientos, de forma que las cuestiones solo tenían una respuesta correcta, que en el caso de ser la seleccionada, sumaba un punto.

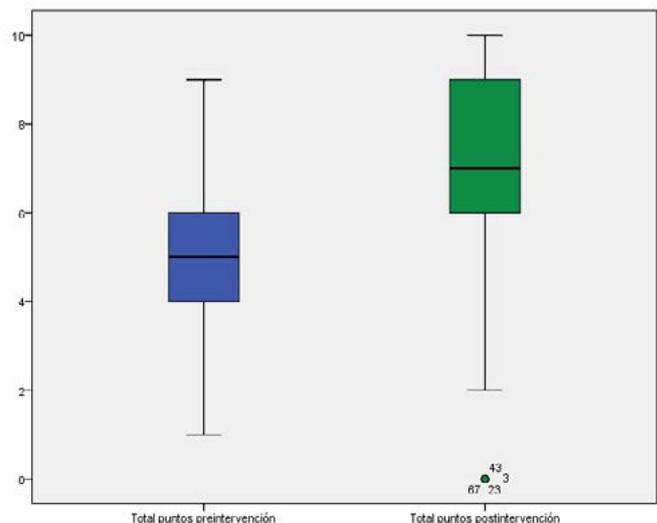
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: descriptivo de todas las variables y cálculo de mediana y rango intercuartil para las variables de resultado, por no seguir una distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En el bivalente, se utilizó el test de Mann-Whitney para analizar la variación de la puntuación de aciertos y sexo y el test Kruskal-Wallis para su relación con el aula. La efectividad de la intervención se evaluó con el test Wilcoxon para medidas repetidas. Como análisis multivariante, se utilizó la regresión lineal automatizada, siendo variables predictoras el sexo y la nota inicial. Se usó el paquete estadístico SPSS v19. Se consideraron datos estadísticamente significativos con  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

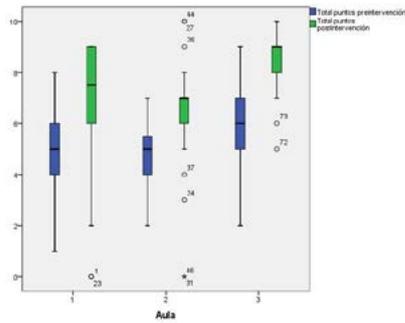
Participaron el 100% de los alumnos, 46% hombres ( $n=35$ ) y 54% mujeres ( $n=41$ ). Las variables cuantitativas no siguieron una distribución normal.

Se obtuvo la siguiente mediana de las puntuaciones totales antes de la intervención: 5,00 ( $p_{25}:4,00$ ,  $p_{75}:6,00$ ), y tras la intervención se incrementó hasta 7,00 ( $p_{25}:6,00$ ,  $p_{75}:9,00$ ).

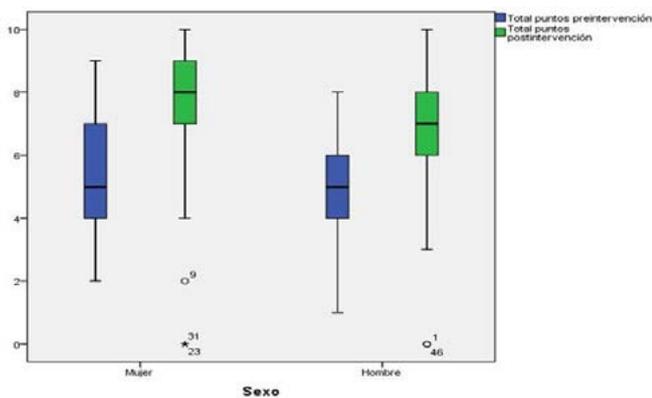
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ) entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios antes y después de la educación impartida (ilustración 1).



En las tres aulas examinadas, se hallaron los siguientes datos antes y tras la intervención (Ilustración 2). No se encontraron diferencias significativas tras la intervención.



Por sexo, se hallaron los siguientes datos antes y tras la intervención (Ilustración 3). No se encontraron diferencias significativas tras la intervención.



En el análisis multivariante se observó que lo único que influía en la nota final era la nota previa con  $p=0,006$ , de manera que al incrementar un punto la inicial, aumenta en 0,51 la nota final.

Al analizar las respuestas del cuestionario, antes de la intervención, el 50,65% de los encuestados creía que las proteínas eran el nutriente que se debía consumir de forma más abundante en la dieta y el 53,22% consideraba que el aporte de frutas y verduras diario debía ser de cinco piezas. El 52,80% de los escolares, opinaba que se debían realizar 5 comidas al día. El 72,56% estaba de acuerdo en que se debía ingerir entre 1,5-2 l de agua al día y el 87,30% de los encuestados señaló que se podía consumir pan a diario. Un 67,07% consideraba la ensalada como el alimento más completo en nutrientes y el 82,88% de los jóvenes, creía que la mayor cantidad de energía diaria debía provenir del desayuno. El 49,75% opinaba que el pollo era el alimento que aportaba más fibra y, por último, un 88,07% señalaba la mantequilla como una grasa saturada.

En siete de las diez preguntas que componen el cuestionario, se observó un aumento de la puntuación tras la intervención estadísticamente significativo (Tabla 1).

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El principal hallazgo de este estudio fue el incremento de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios tras la intervención

educativa, observándose una mediana total inicial de 5,00 que aumentó hasta 7,00. La puntuación mejoró en la mayoría de preguntas de forma significativa. De esta forma, es importante destacar que, con una intervención tan breve, de cincuenta minutos de duración, se produjo una mejora notable, de un 38%, en los conocimientos que presentaron los jóvenes tras la misma.

Con una única intervención, se observó cómo los escolares aprendieron a identificar tipos de nutrientes y cuánta energía debía suministrar cada uno, reconocieron en qué alimentos se encontraba cada nutriente, cuáles podían consumirse a diario, el reparto de los mismos en el plato, cuántas comidas debían realizar a lo largo del día y la distribución semanal de los alimentos.

Las elevadas tasas de obesidad en jóvenes y el abandono de la dieta mediterránea<sup>2, 5, 10, 13</sup>, hace que las intervenciones educativas en el ámbito escolar se vuelvan prioritarias para que se desarrollen y/o mantengan hábitos de alimentación saludables.

Por esto, son varios los estudios que se han llevado a cabo en España recientemente con el fin de mejorar las pautas de alimentación<sup>2, 7, 8, 10, 17, 18</sup>. Los metanálisis más actuales concuerdan en que intervenciones escolares pueden ser efectivas para disminuir el índice de masa corporal (IMC) en población infantil<sup>19, 20, 21</sup>.

Resulta difícil establecer una comparación entre este estudio y otros similares, pues la mayoría emplean el IMC para evaluar el progreso de los jóvenes y se centran en hábitos de vida y no en conocimientos de alimentación saludable.

Una investigación<sup>10</sup> llevada a cabo por Oliva et al, plantea una metodología similar, pero desarrolla una intervención teórica de 45 minutos sin incluir parte práctica. Los resultados estadísticamente significativos obtenidos en los cuestionarios post intervención se producen en cuatro preguntas, mientras que, en este estudio, con una intervención de 50 minutos que combina teoría y práctica, se observó una mejora estadísticamente significativa en siete de las diez preguntas.

La formación impartida durante esta investigación se planteó en consonancia con las herramientas más actuales, como es el plato de la alimentación saludable de Harvard<sup>14</sup> y el triángulo de la alimentación del Instituto Flamenco para una Vida Saludable<sup>17</sup>.

Tanto los alumnos y alumnas del centro como los profesores se mostraron satisfechos con los resultados de la actividad, lo que quedó reflejado en que solicitasen nuevos talleres en el centro escolar.

Como limitación nos encontramos con el hecho de que sea un estudio piloto, lo que conlleva que deba ampliarse para poder extrapolar los resultados a otras poblaciones. La dificultad para conseguir centros que participasen en la investigación, impidió poder aleatorizar los resultados, así como establecer otro instituto como centro control. Otra posible limitación fue no poder hacer el seguimiento de los intervenidos para poder saber cuánto tiempo se mantenían los conocimientos.

Como conclusión, con este estudio se ha observado que con intervenciones educativas breves se produce una mejora moderada de los conocimientos de los jóvenes en alimentación saludable. Como la educación sanitaria es una importante tarea

de los profesionales de Atención Primaria, llevar a cabo acciones formativas en escuelas por profesionales sanitarios de los centros de salud colindantes podría ser una actividad idónea para intentar reducir las cifras de obesidad y la repercusión de esta enfermedad a nivel social, económico y sanitario.

Son necesarios más estudios para determinar los resultados de estas intervenciones a largo plazo y examinar si el aumento de conocimientos se traduce en una modificación de los hábitos de vida, realizando nuevas investigaciones que incluyan también medidas antropométricas para valorar la efectividad.

## PUNTOS CLAVE

### HECHOS CONOCIDOS

La obesidad es una enfermedad crónica que ha presentado un aumento importante de la prevalencia en los últimos años. Los estudios lo relacionan con un empeoramiento de los hábitos de alimentación, que se pueden modificar idóneamente en la etapa infantil.

### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Con intervenciones educativas breves se produce una mejoría de los conocimientos de los jóvenes en alimentación saludable. Llevar a cabo estas intervenciones desde atención primaria podría ser una buena forma de paliar el aumento de las cifras de obesidad.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

No se recibió financiación para llevar a cabo el presente estudio. La autora declara que no presentó conflicto de intereses.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece a Ana Clavería Fontán, epidemióloga de atención primaria en la EOXI de Vigo, por su colaboración con el análisis estadístico del presente estudio. Así mismo, también se reconoce la gran colaboración por parte de la profesora de educación física del Instituto IES Castelao en Vigo, Yolanda Ruiz García, y se fomenta que siga cooperando con proyectos y actividades que promuevan hábitos de vida saludables.

## REFERENCIAS

- Hernández Camacho JD, Rodríguez Lazo M, Bolaños Ríos P, Ruiz Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Hábitos alimentarios, sobrecarga ponderal y autopercepción del peso en el ámbito escolar. *Nutr Hosp*. 2015; 32(3): 1334-1343.
- Trescastro López S, Trescastro López EM, Galiana Sánchez ME. Estudio bibliométrico de programas e intervenciones sobre educación alimentaria y nutricional en el medio escolar en España. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2014; 18(4): 184-193.
- Pérez Rodrigo C, Gil A, González Gross M, Ortega RM, Serra Majem L, Varela Moreiras G, Aranceta Bartrina J. Clustering of dietary patterns, lifestyles, and overweight among spanish children and adolescents in the ANIBES study. *Nutrients*. 2016; 8 (11).
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [En línea] [actualizado en el 2017; acceso el 2 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>
- San Mauro I, Megías A, García de Angulo B, Bodega P, Rodríguez P, Grande G, et al. Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutr Hosp*. 2015; 31(5): 1996-2005.
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ENALIA 2012-2014: Encuesta Nacional de consumo de Alimentos en población Infantil y Adolescente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
- Pérez Solís D, Díaz Martín JJ, Álvarez Caro F, Suárez Tomás J, Suárez Méndez E, Riaño Galán J. Efectividad de una intervención escolar contra la obesidad. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 83 (1):19-25.
- Martínez García A, Trescastro López EM. Actividades de educación alimentaria y nutricional en escolares de 3º de primaria en el Colegio Público "La Serranica" de Aspe (Alicante): Experiencia piloto. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2016; 20(2): 97-103.
- Valdéz Pizarro J, Royo Bordonada MA. Prevalence of childhood obesity in Spain; National Health Survey 2006-2007. *Nutr Hosp*. 2012; 27(1): 154-160.
- Oliva Rodríguez R, Tous Romero M, Gil Barcenilla B, Longo Abril G, Pereira Cunill JL, García Luna P. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutr Hosp*. 2013; 28:1567-1573.
- Córdoba Caro LG, Luengo Pérez LM, García Preciado V. Análisis de los conocimientos sobre el desayuno saludable y su relación con los hábitos de estilo de vida y el rendimiento académico en la enseñanza secundaria obligatoria. *Endocrinol Nutr*. 2014; 61(5): 242-251.
- Míquelez E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Patrón socioeconómico en la alimentación no saludable en niños y adolescentes en España. *Aten Primaria*. 2014; 46 (8): 433-439.
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Masson. 2004 (reimpresión). p. 51-59.

14. Harvard T.H. CHAN School of Public Health. El plato para comer saludable. [En línea] [acceso el 2 mayo 2017]. Disponible en: [https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish\\_spain/](https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish_spain/)
15. sinAzucar [En línea] [acceso el 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.sinazucar.org>
16. Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. Nutr Hosp. 2016; 33 (8): 1-48.
17. Instituto Flamenco para una Vida Saludable. El triángulo de alimentos. [En línea] [acceso el 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek>
18. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, García García CJ, García López PA, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. Nutr Hosp. 2011; 26(3): 636-41.
19. Pérez Gallardo L, Bayona I, Mingo T, Rubiales C. Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. Nutr Hosp. 2011; 26(5): 1161-7.
20. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2011 [En línea] [acceso el 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/pdf/abstract>
21. Sobol-Goldberg S, Rabinowitz J, Gross R. School-based obesity prevention programs: A meta-analysis of randomized controlled trials. Obesity. 2013; 21(12): 2422-8.

## Revisión de la Guía Española para el Manejo del Asma, GEMA 4.3

Moral Paredes, Carlos<sup>1</sup>, González Rey, Jaime<sup>2</sup>, Valle González, Irene<sup>3</sup>, Molina Blanco, M.<sup>a</sup> Angélica<sup>4</sup>, Timiraos Carrasco, Rosario<sup>5</sup>, Portela Ferreño, Isabel<sup>6</sup>, Espantoso Romero, Maite<sup>7</sup>, Friande Pereira, Susana<sup>8</sup>, Díaz Mosquera, Fátima<sup>9</sup>, Foo Gil, Keith Albert<sup>10</sup>, Martín García, Miguel Ángel<sup>11</sup>, Otero González, Ruth<sup>12</sup>, Chapela Villa, Carlos<sup>12</sup>.

1 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CHANDREXA DE QUEIXA. EOXI OURENSE.

2 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. TEIS. EOXI VIGO.

3 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. MOS. EOXI VIGO.

4 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. A PONTE. EOXI OURENSE.

5 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CULLEREDO. EOXI A CORUÑA.

6 ENFERMERA, NEUMOLOGÍA, HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. EOXI VIGO.

7 MÉDICO DE FAMILIA. PAC DE TUI. EOXI VIGO.

8 MÉDICO DE FAMILIA Y FISIOTERAPEUTA. EOXI VIGO.

9 ENFERMERA, C.S. MATAMÁ. EOXI VIGO.

10 R4 DE MEDICINA DE FAMILIA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR EOXI OURENSE.

11 R2 DE MEDICINA DE FAMILIA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR EOXI OURENSE.

12 R4 DE MEDICINA DE FAMILIA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR EOXI VIGO.

Todos los autores son miembros del Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias y Abordaje al Tabaquismo de la AGAMFEC. Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración de este artículo.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 28-32

Este documento está basado en su totalidad en la guía GEMA 4.3 (Guía española para el manejo del asma © 2018, Comité Ejecutivo de la GEMA. Todos los derechos reservados. ISBN: 978-84-7989-886-1). Las tablas y figuras que se reproducen aquí son las originales de las citadas guías, habiendo recibido la autorización correspondiente para su publicación en este artículo, por parte de su editora.

**Palabras clave:** Asma – EPOC – ACO - GEMA

Acrónimos usados en el artículo

ACO Solapamiento de asma y EPOC

EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FEV1 Volumen espiratorio forzado en el primer segundo

GEMA Guía Española para el Manejo del Asma

GCI Glucocorticoide inhalado

LABA Agonista  $\beta$ 2-adrenérgico de acción larga

LAMA Agonista muscarínico de acción larga

L/min Litros minuto

ml Mililitro

$\mu$ l Microlitro

PBD Prueba broncodilatadora

SABA Agonista  $\beta$ 2-adrenérgico de acción corta

### INTRODUCCIÓN

El grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) ha actualizado recientemente su documento a la versión 4.3, coincidiendo con el día mundial del asma (1 de mayo 2018). La revisión se ha centrado principalmente en el capítulo de asma grave no controlada, fundamentalmente en los tratamientos con anticuerpos monoclonales.

Las figuras y tablas que se reproducen en este artículo son las originales de la guía y por ello respetaremos la numeración de la misma, para que su localización sea más sencilla en el documento original.

### GEMA 4.3

En GEMA se define el asma como "enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células

y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial (HRB) y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente".

Los síntomas de sospecha son la sibilancias, disnea, tos y opresión torácica, pudiendo aparecer uno o varios de estos síntomas en un mismo paciente y en diferentes intensidades.

La espirometría sigue siendo el método diagnóstico imprescindible para establecer el diagnóstico. Clásicamente se ha diagnosticado el asma (Figura 2.1) como un patrón espirométrico obstructivo (FEV1/FVC <70%) con una prueba broncodilatadora positiva (aumento del FEV1 post-broncodilatación del 12% o más y 200ml o más, esto hace que frecuentemente el FEV1/FVC revierta y sea >70%) pero los síntomas deben de orientar el diagnóstico y si no se cumple este criterio habría que utilizar otras pruebas diagnósticas como la variabilidad diaria del

flujo espiratorio máximo (PEF) que se puede realizar de forma sencilla en Atención Primaria y que tiene que ser mayor del 20%.

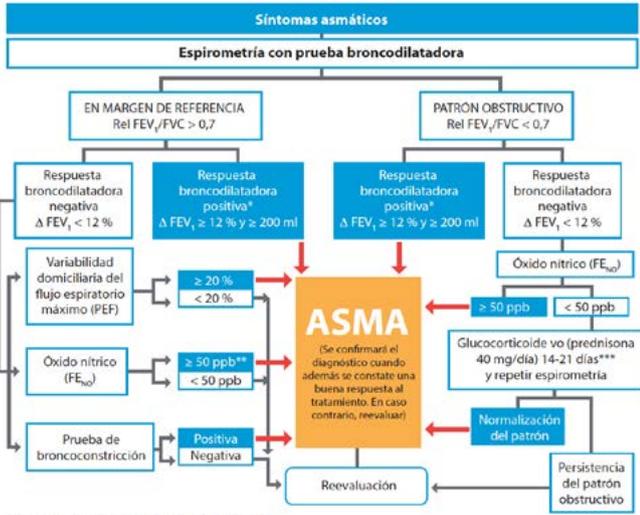


Figura 2.1. Algoritmo diagnóstico de asma

\*En niños un incremento del 12 % es suficiente para considerarla positiva aunque éste sea < de 200 mL. \*\*En los casos en los que la prueba de broncoconstricción sea negativa debe considerarse el diagnóstico de bronquitis eosinofílica. \*\*\*Como alternativa pueden utilizarse glucocorticoides inhalados a dosis muy altas, 1.500 - 2.000 µg de fluticasona, en 3 o 4 tomas diarias, durante 2-8 semanas.

Se debe investigar siempre si existe un componente alérgico, siendo el asma alérgica la presentación más frecuente de esta enfermedad. La gravedad del asma se determinará en función de las necesidades mínimas de tratamiento para lograr el control en los pacientes tratados (Tabla 2.12). Si no está recibiendo tratamiento se establecerá al inicio (Tabla 2.9 y 2.10) y se reevaluará una vez que se alcance el control. Este control, que tiene un componente actual y uno futuro, se debe hacer de forma periódica y ajustar el tratamiento para mantenerlo. Para esta tarea se deben de utilizar las visitas médicas regulares y los cuestionarios validados de síntomas como el ACT.

Tabla 2.12. Clasificación de la gravedad del asma cuando está bien controlada con el tratamiento (distribuido en escalones)

GRAVEDAD	INTERMITENTE		PERSISTENTE		
		Leve	Moderada	Grave	
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3 o Escalón 4	Escalón 5 o Escalón 6	

Tabla 2.9. Clasificación de la gravedad del asma en adultos (antes de recibir tratamiento)

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Síntomas diurnos	No (2 veces o menos a la semana)	Más de 2 veces a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (varias veces al día)
Medicación de alivio (agonista β <sub>2</sub> -adrenérgico de acción corta)	No (2 veces o menos /semana)	Más de 2 veces a la semana pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	No más de 2 veces al mes	Más de 2 veces al mes	Más de una vez a la semana	Frecuentes
Limitación de la actividad	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar (FEV <sub>1</sub> o PEF) % teórico	> 80 %	> 80 %	> 60 % - < 80 %	≤ 60 %
Exacerbaciones	Ninguna	Una o ninguna al año	Dos o más al año	Dos o más al año

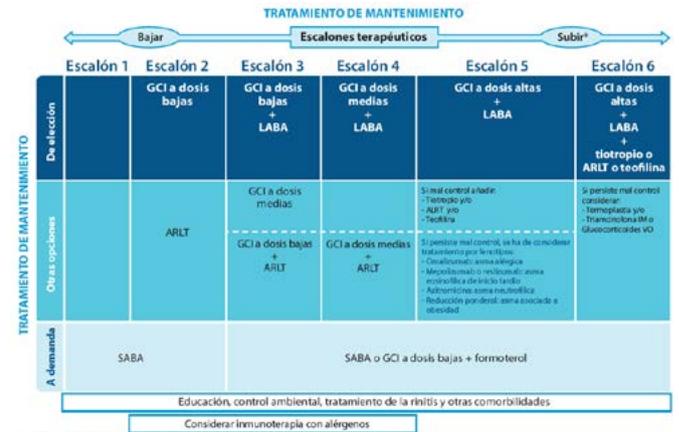
FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

Tabla 2.10. Clasificación del control del asma en adultos

	BIEN controlada (Todos los siguientes)	PARCIALMENTE controlada (Cualquier medida en cualquier semana)	MAL controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces a la semana	
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas nocturnos/ despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad medicación de alivio (rescate) (SABA)	Ninguna o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces a la semana	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Función pulmonar - FEV <sub>1</sub> - PEF	> 80 % del valor teórico > 80 % del mejor valor personal	< 80 % del valor teórico < 80 % del mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1/año	≥ 1 en cualquier semana

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SABA: agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción corta

En el apartado de tratamiento (Figura 3.2) en los pacientes con síntomas de asma y en cualquiera de los escalones terapéuticos se recomienda utilizar los agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos de acción corta (SABA) a demanda.



\*Has confirmar la correcta adherencia terapéutica y empleo del inhalador

Figura 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: Antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: Glucocorticoide inhalado; LABA: Agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción larga; SABA: Agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción corta.

En el asma inducida por el ejercicio los SABA se deben administrar entre 10-15 minutos antes.

En el asma intermitente, (escalón 1) solo se recomienda administrar SABA a demanda.

En el asma persistente leve (escalón 2) se recomienda administrar glucocorticoides inhalados (GCI) a dosis bajas a diario. Como alternativa se pueden utilizar los antagonistas de los receptores de los leucotrienos a diario.

En el asma persistente moderada se recomienda utilizar GCI a dosis bajas (escalón 3) o medias (escalón 4) con un agonista β<sub>2</sub>adrenérgico de acción larga (LABA). Como alternativa en estos últimos casos se pueden utilizar GCI a dosis bajas (escalón 3) o medias (escalón 4) asociados a un antagonista de los receptores de los leucotrienos. Las combinaciones de budesonida/formoterol o beclometasona/formoterol se pueden utilizar en el tratamiento de mantenimiento y a demanda (gracias a la rapidez en el inicio de acción del formoterol, similar a la del salbutamol).

En el asma persistente grave (escalón 5) se deben usar GCI a dosis altas en combinación con un LABA. En el asma persistente grave, (escalón 5 ó 6), que no se controlen con GCI a dosis elevadas y un LABA y con un cociente FEV1/FVC post-broncodilatación ≤70%, se puede utilizar tiotropio que mejora la función pulmonar y disminuye las exacerbaciones. En los pacientes con asma mal controlada que no se controlen con

dosis altas de GCI y un LABA (escalón 6) con o sin otros fármacos de mantenimiento, se puede considerar el uso de glucocorticoides orales. La vía inhalatoria es la óptima para su tratamiento y se debe de formar a los pacientes en las técnicas de inhalación y supervisarla periódicamente. Realizar acciones encaminadas a conocer el uso del tabaco en los pacientes asmáticos, interviniendo para su deshabituación.

En el asma alérgica en los escalones 2 a 4 se recomienda la inmunoterapia con alérgenos, pero no se debe recomendar en escalones superiores por el riesgo de reacciones graves con compromiso vital. Se debe proporcionar a los pacientes asmáticos un plan de acción que les facilite reconocer los síntomas de empeoramiento de su asma y las acciones que deben realizar para su rápida remisión.

Siempre en cada visita evaluar el grado de cumplimiento terapéutico pudiendo utilizar los registros electrónicos de recogida de la medicación en las farmacias y los tests estandarizados como el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

En las exacerbaciones asmáticas (Tabla 4.2 y Figura 4.1) se deben evaluar los signos, antecedentes de crisis de riesgo vital y la utilización inicial de PEF o espirometría para conocer el grado de obstrucción (evaluación estática). Tras la administración del tratamiento adecuado se debe volver a evaluar la obstrucción para ver la conducta a seguir (evaluación dinámica).

Tabla 4.2. Evaluación de la gravedad de la exacerbación asmática

	Crisis leve	Crisis moderada-grave	Parada respiratoria
Disnea	Leve	Moderada-intensa	Muy intensa
Habla	Párrafos	Frasas-palabras	
Frecuencia respiratoria (x')	Aumentada	> 20-30	
Frecuencia cardíaca (x')	< 100	> 100-120	Bradicardia
Uso musculatura accesoria	Ausente	Presente	Movimiento paradójico toracoabdominal
Sibilancias	Presentes	Presentes	Silencio auscultatorio
Nivel de conciencia	Normal	Normal	Disminuido
Pulso paradójico	Ausente	> 10-25 mm Hg	Ausencia (fatiga muscular)
FEV <sub>1</sub> o PEF (valores referencia)	> 70 %	< 70 %	
SaO <sub>2</sub> (%)	> 95 %	90-95 %	< 90 %
PaO <sub>2</sub> mm Hg	Normal	80-60	< 60
PaCO <sub>2</sub> mm Hg	< 40	> 40	> 40

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; x': por minuto; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina; PaO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno; PaCO<sub>2</sub>: presión arterial de anhídrido carbónico.

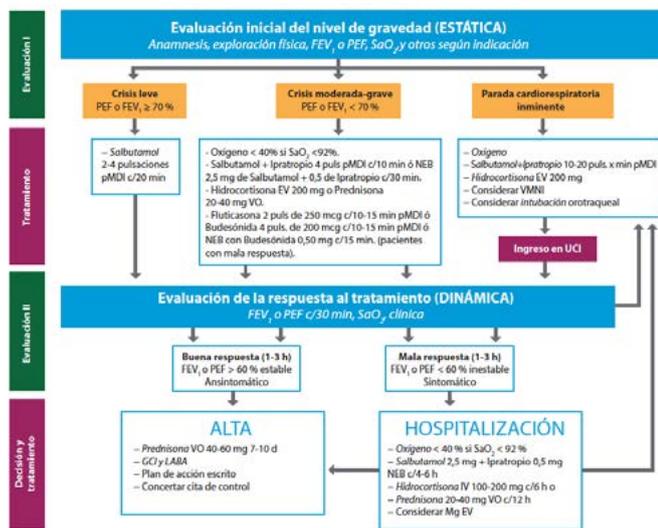


Figura 4.1. Manejo diagnóstico y terapéutico de la exacerbación asmática del adulto<sup>15</sup>.

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina; pMDI: inhalador presurizado; NEB: nebulizado; VO: vía oral; EV: vía endovenosa; GCI: glucocorticoides inhalados; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; min: minuto; mg: miligramo; µg: microgramo; c/: cada; LABA: agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción larga

El tratamiento fundamental en todas las crisis es la broncodilatación precoz con los SABA. En las exacerbaciones moderadas-graves se deben administrar glucocorticoides sistémicos y oxígeno para permitir una SatO<sub>2</sub> >90%. Antes del alta se debe de comprobar la técnica inhalatoria y proporcionarle al paciente un plan de acción por escrito.

Con respecto a la rinitis, se recomienda clasificar la rinitis en función de su duración (intermitente y persistente) y de su gravedad (leve, moderada y grave). Para confirmar la rinitis alérgica (Figura 6.1) se deben realizar pruebas cutáneas y/o determinación de IgE específica sérica.

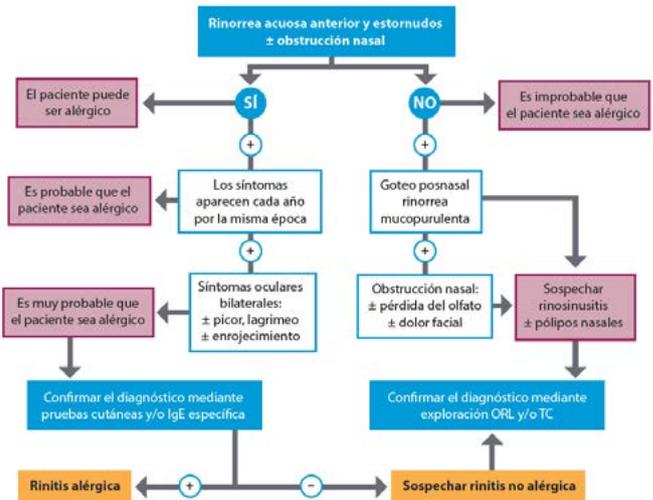


Figura 6.1. Algoritmo diagnóstico de la rinitis alérgica<sup>1</sup>

Hay un alto porcentaje de pacientes con rinitis/poliposis nasal con asma, por lo que se deben investigar en ambas enfermedades su coexistencia.

Para el tratamiento farmacológico de la rinitis (Figura 6.2) se deben utilizar antihistamínicos orales y tópicos nasales, glucocorticoides intranasales o su asociación en la rinitis moderada o grave. Para la poliposis nasosinusal se deben utilizar glucocorticoides intranasales en dosis elevadas de forma continua.

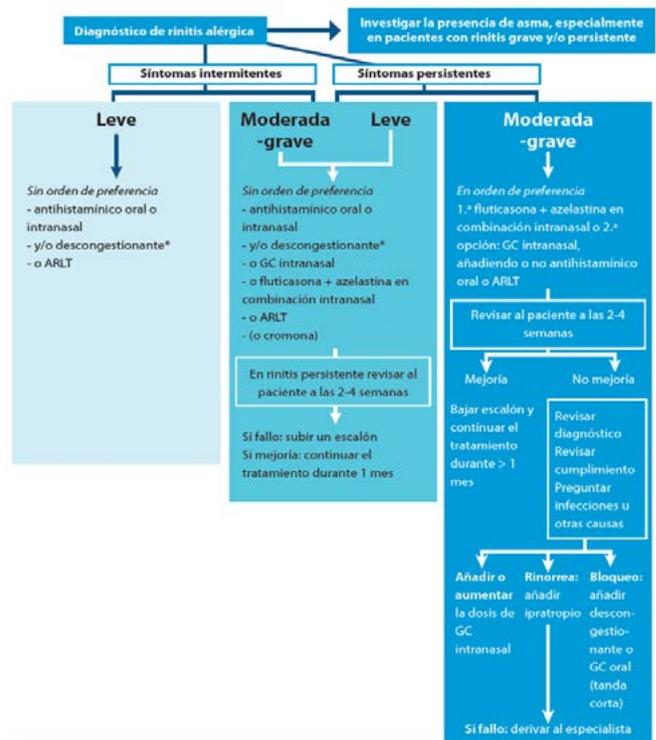




Figura 6.2. Algoritmo de tratamiento de la rinitis alérgica<sup>1,40,41</sup>

ARLT= antagonista de los receptores de los leucotrienos; GC= glucocorticoides; \* en periodos de tiempo cortos, habitualmente menos de 5 días.

El diagnóstico del solapamiento Asma-EPOC (ACO) se realiza en los pacientes con limitación crónica al flujo aéreo fija, fumadores o exfumadores con diagnóstico actual de asma o en los que exista una prueba broncodilatadora muy positiva o eosinofilia >300 cel/microlitro en sangre (Figura 7.1). El tratamiento inicial para los pacientes con ACO son los GCI y LABA. Si a pesar de este tratamiento continúan con síntomas o presentan frecuentes exacerbaciones se debe de añadir tiotropio.

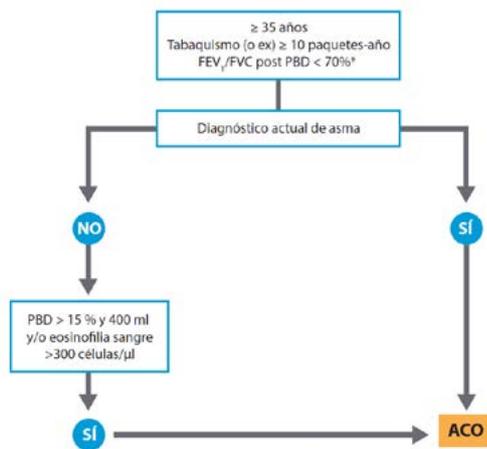


Figura 7.1. Confirmación diagnóstica del solapamiento de asma y EPOC (ACO).

\* = mantenida tras tratamiento con GCI/LABA (6 meses). En algunos casos además tras ciclo de esteroides orales (15 días). ACO = solapamiento asma y EPOC; GCI = glucocorticoide inhalado. LABA = Agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción larga. PBD = prueba broncodilatadora.

### NOVEDADES EN GEMA 4.3

En esta nueva versión, en el capítulo de Introducción se remarca el estudio GBD 2015 (Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors) con la actualización de más de 300 enfermedades en 188 países desde 1990 hasta 2015, siendo el asma la enfermedad respiratoria crónica más prevalente en todo el mundo en 2015, con el doble de casos respecto a la EPOC. En ese mismo año 400.000 personas murieron en el mundo por asma.

Con respecto al capítulo de diagnóstico se remarca que, en los pacientes con sospecha clínica de asma y función pulmonar normal, la hiperrespuesta bronquial con metacolina es una prueba que se puede utilizar para su diagnóstico, utilizando para su interpretación el análisis en términos de sensibilidad o umbral, recomendándose actualmente basar el resultado en la dosis acumulada de metacolina que reduzca el FEV1 en un 20 % (PD20). Otra nueva aportación en este capítulo de diagnóstico es que diferentes tipos de aeroalérgenos y perfiles de sensibilización específica, pueden cursar con cuadros clínicos distintos (rinitis con o sin asma) y diferentes niveles de gravedad. Un estudio realizado en nuestro país constató que la sensibilización a aeroalérgenos estacionales se asocia con rinitis. Los ácaros se relacionaron con rinitis y la sensibilización a alternaria (un tipo de hongo ambiental) y epitelios animales a asma. Otro apunte en este apartado es que la reversibilidad,

medida con una PBD, puede ser útil para evaluar el control del asma y puede predecir el riesgo futuro. Y, por último, que los marcadores no invasivos de la inflamación de la vía aérea (como la medición de la fracción exhalada de óxido nítrico) podrían contribuir a conocer el grado de control de la enfermedad.

En el capítulo de Tratamiento se recuerda que, tras tres meses de buen control en un escalón terapéutico, el desescalado se debe hacer con cautela y más especialmente cuando se va a retirar un LABA. Se remarca también el beneficio de la inmunoterapia disminuyendo el riesgo de aparición de asma en pacientes con rinitis o conjuntivitis alérgica. Y por último con respecto al tratamiento, en los niños de 6-11 años se confirma que el tiotropio Respimat® es eficaz y bien tolerado como tratamiento añadido a una combinación GCI-LABA con asma persistente grave (escalones 5 si mal control ó 6 de inicio. Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Tratamiento escalonado del asma en función del nivel de control en el niño mayor de 3 años.

	Tratamiento escalonado	Medicación de control	Medicación de rescate	
Grado de control + - Control ambiental.	1	Sin medicación de control	Broncodilatador acción rápida a demanda	
	Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria.	2		GCI dosis baja o ARLT
		3		GCI dosis medias o GCI dosis baja + LABA o GCI dosis baja + ARLT
	Considerar inmunoterapia	4		GCI dosis medias + LABA o GCI dosis media + ARLT
		5		GCI dosis altas + LABA Si no control añadir: ARLT, teofilina o tiotropio
		6		GC oral omalizumab

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de larga duración; GC: glucocorticoide

En el capítulo de Rinitis y Poliposis nasal, en el apartado de poliposis nasosinusal y asma, otras opciones de tratamiento a los glucocorticoides intranasales/orales que han demostrado cierta eficacia son montelukast y los fármacos biológicos empleados en el tratamiento del asma grave no controlada (posible opción de tratamiento en un futuro).

En el capítulo de Asma Grave No Controlada se nos presenta un estudio clínico donde se demostró que tras la suspensión del tratamiento con omalizumab (anticuerpo monoclonal) después de al menos 5 años de uso, el 39 % de los pacientes presentó exacerbación asmática grave en los siguientes 4 años, por lo que se recomienda que si se va a suspender este tratamiento se debería hacer con una vigilancia estrecha del paciente. En este apartado también se nos da más información sobre el anticuerpo monoclonal bernalizumab, cuyo uso está indicado en el tratamiento del asma eosinofílica de inicio tardío. En el tratamiento del asma neutrofílica de inicio tardío se recuerda el papel de la azitromicina en este tipo de asma, principalmente si hay agudizaciones infecciosas frecuentes. Más novedades son la información sobre fevipiprat, timapiprat y tezepelumab, nuevos fármacos en estudio para asma grave no controlada. Y por último en este capítulo, se nos vuelve a recordar que en niños con asma persistente grave no controlados con combinación GCI/LABA se podría asociar tiotropio (escalones de tratamiento 5 si mal control o 6 de inicio. Tabla 5.3).

En el apartado de circunstancias especiales, en asma y embarazo, se indica que el aumento de peso en el primer trimestre del embarazo es un factor de riesgo para presentar una exacerbación de asma.

En definitiva, la actualización de la guía GEMA 4.3 supone una nueva revisión de las evidencias que han aparecido en los últimos

meses referentes al asma, la rinitis y la poliposis nasal, comentados anteriormente. Se indica en la guía que el objetivo es mantenerla actualizada periódicamente, hasta una revisión global y completa en los próximos años, que representará la versión GEMA 5.0. Se puede encontrar más información sobre la guía en su web [www.gemasma.com](http://www.gemasma.com) que presentaba en 2017 más de 6.200 descargas de documentos para pacientes, más de 1.000 descargas de la APP, más de 3.400 descargas de la presentación oficial de diapositivas en formato digital, más de 5.700 usuarios registrados en la web, más de 9.400 descargas de la guía y, a mayo del 2018, más de 1.600 seguidores en Twitter con más de 2.000 Tweets.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

---

1. GEMA 4.3 (Guía española para el manejo del asma © 2018, Comité Ejecutivo de la GEMA. Todos los derechos reservados. ISBN: 978-84-7989-886-1. [www.gemasma.com](http://www.gemasma.com)

# Hipoacusia en general e hipoacusia neurosensorial súbita en particular.

Ángela Mayo Martínez<sup>1</sup>, Susana Aldecoa Landesa<sup>2</sup>.

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 33-37

1 MIR 4 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SAP BUEU.  
2 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SAP BEIRAMAR.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Ángela Mayo Martínez. e-mail: angela.mayo.martinez@sergas.es

**Palabras clave:** Hipoacusia, neurosensorial, súbita, idiopática, tratamiento.

## Comencemos con un caso clínico en consulta:

Una mujer de 38 años acude a consulta con carácter urgente porque el día anterior perdió bruscamente la audición del oído izquierdo sin recuperación. Percibe un molesto ruido continuo.

Repasemos cómo es y cómo funciona el oído<sup>1,2</sup>:

El oído externo, se compone de dos partes, la oreja o aurícula y el canal auditivo. La oreja es una estructura excepcional, diseñada para atrapar el sonido y conducirlo al canal auditivo.

El oído medio comprende la membrana timpánica, la cadena de huesecillos y el espacio del oído medio. Las ondas auditivas llegan al tímpano haciéndolo vibrar lo que provoca el movimiento de la cadena de huesecillos, yunque, martillo y estribo.

El oído interno se encuentra en el hueso temporal, dentro de una estructura ósea llamada laberinto óseo que protege a su vez a un laberinto membranoso. El espacio entre ambos lo ocupa un líquido llamado perilinfa. El interior del laberinto lo ocupa la endolinfa. En la parte anterior se encuentra la cóclea, responsable de la percepción del sonido, y en la parte posterior se sitúan los canales semicirculares, el utrículo y el sáculo, que forman parte del sistema del equilibrio.

El estribo provoca ondas de flujo en la cóclea (ventana oval) que progresan a través del líquido endolinfático hasta el órgano de Corti. En él, las células ciliadas transforman la energía mecánica en impulsos nerviosos que se transmiten a través del nervio coclear hacia el cerebro.

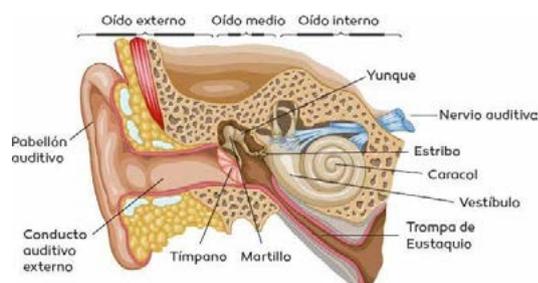


Figura 1 (<http://www.fonomedical.es/index.php/news/55-fisiologia-de-la-audicion>)

Cómo se clasifica la hipoacusia y cuáles son las causas más frecuentes<sup>3,4</sup>:

La pérdida de audición ocurre en mayor o menor intensidad en prácticamente todas las patologías que afecten al oído. Pueden clasificarse en tres grupos:

- Hipoacusia de conducción: se altera la transmisión del sonido a través de las estructuras aéreas y óseas del oído externo y oído medio. No supera los 60-70 dB de pérdida.
- Hipoacusia neurosensorial: se altera el proceso de transducción del oído interno.
- Hipoacusia mixta

Las causas más habituales de la hipoacusia de transmisión son las siguientes:

- Tapón de cerumen: es la etiología más habitual.
- Infecciones: Otitis externa bacteriana o micótica, otitis media serosa, otitis media aguda, otitis crónica. La otitis media serosa es la causa más frecuente de hipoacusia en los niños.
- Ototubaritis o disfunción de la Trompa de Eustaquio secundaria a rinitis infecciosa, rinitis alérgica o sinusitis.
- Perforación timpánica secundaria a infecciones o traumatismos (directos, indirectos o barotraumas).
- Cuerpos extraños en el CAE.
- Malformaciones congénitas del pabellón auricular, el canal auditivo o el oído medio.
- Neoformaciones óseas benignas (exostosis, osteomas) o pólipos del oído externo, colesteatomas del oído medio, otosclerosis o crecimiento óseo excesivo del al base del estribo, o más raramente tumores malignos.
- Enfermedades sistémicas que predispongan a otitis externa necrotizante, en las que destaca la diabetes.
- Afecciones dermatológicas, eccemas, psoriasis, que obstruyan de detritos el canal auricular.

La hipoacusia neurosensorial puede ser causada por:

- La presbiacusia es la causa más frecuente, aunque puede considerarse más que una enfermedad, un estado evolutivo del oído.
- Trauma acústico crónico o agudo.
- Barotrauma del oído interno, traumatismos craneales.
- Congénita genética o adquirida. La adquirida puede ser prenatal por intoxicación (alcohol, drogas, aminoglucósidos) o por infección (rubeola, CMV, sífilis, hepatitis, VIH, toxoplasmosis) o neonatal (sufrimiento fetal, hiperbilirrubinemia, enfermedad hemolítica)
- Ototoxicidad: aminoglucósidos, eritromicina, tetraciclinas, salicilatos, quimioterápicos especialmente cisplatino, inhibidores de la fosfodiesterasa 5, drogas de abuso (cocaína).
- Infecciones: cloleitis viral en el adulto, sífilis, meningitis en niños.
- Isquemia vascular.
- Tumores: el más común es el Schwannoma de la rama vestibular del VIII par craneal incorrectamente llamado Neurinoma del acústico.
- Enfermedad de Menière.
- Enfermedad autoinmune localizada en el oído o sistémica como LES, artritis reumatoide, poliarteritis nodosa o granulomatosis de Wegener.
- Diversas enfermedades pueden asociarse a pérdida auditiva neurosensorial: Vasculopatía y/o neuropatía diabética, anemia, discrasia de glóbulos blancos, hipo o hipertiroidismo y otras más infrecuentes.
- Iatrogenia: por cirugía del oído, radioterapia cefálica.
- Sordera súbita idiopática.

#### La anamnesis y la exploración son imprescindibles<sup>6,7</sup>:

No se nos escapa que para diagnosticar la hipoacusia son precisos estudios audiométricos. ¿Estaría justificado entonces derivar al paciente a Otorrinolaringología directamente ante la sospecha de una hipoacusia? La respuesta es no. Si bien la audiometría es una prueba no invasiva y sencilla de realizar, requiere de un equipamiento complejo utilizado por personal entrenado y consume mucho tiempo. Una anamnesis dirigida y una exploración física permiten minimizar el número de pacientes que requieren estas pruebas, así como el diagnóstico y el tratamiento en un número importante de casos.

En relación al diagnóstico, el paciente puede quejarse espontáneamente de hipoacusia o bien responder afirmativamente cuando se le pregunta sobre la existencia de dificultad para oír. En la hipoacusia del anciano se puede utilizar el test de discapacidad auditiva (HHIE-S)<sup>8</sup> o bien su versión simplificada de dos preguntas<sup>9</sup>.

La anamnesis orienta sobre la etiología: uni o bilateral, de inicio brusco o progresivo, síntomas acompañantes, antecedentes familiares, personales, laborales, traumatismos, fármacos ototóxicos, etc.

La exploración física ayuda a confirmar el diagnóstico. La prueba de la voz susurrada<sup>10</sup>, tiene una sensibilidad por encima del 90% es sencilla y rápida. Se realiza de la siguiente forma: De pie detrás del paciente (para evitar la lectura de los labios) enmascare la audición de un oído ocluyendo el canal auditivo y frotando el trago con un movimiento circular. Susurre una secuencia corta de letras y números y pida al paciente que los repita. Pruebe la otra oreja de manera similar. Se puede repetir cada sonido una vez más si fuera necesario. Se admiten dos errores.

La exploración en consulta también permite detectar causas del oído externo y el oído medio por medio del otoscopio.

Además, ayuda a distinguir entre hipoacusia de transmisión y neurosensorial mediante las pruebas de Weber y Rinne<sup>11</sup>. Recordemos: la prueba de Weber compara la vía ósea de ambos oídos colocando el mástil del diapasón en la línea media del cráneo. Si no hay hipoacusia, el oído se percibe centrado. En la hipoacusia de transmisión, el sonido se oirá más intensamente en el oído que la padezca más intensamente. En la hipoacusia neurosensorial ocurre lo contrario. La prueba de Rinne compara las vías ósea y aérea de cada oído por separado. Se apoya el diapasón sobre la apófisis mastoideas (vía ósea) hasta que deje de percibirse el sonido, desplazando entonces el diapasón delante del oído. Si se percibe mejor en la mastoideas, la hipoacusia será de transmisión, si predomina la vía aérea, será neurosensorial.

Es importante valorar la discapacidad auditiva percibida por el paciente, es decir, la interferencia que la hipoacusia ocasiona para la realización de actividades de la vida diaria. Algunas personas con hipoacusia sustancial no relatan discapacidad frente a otras que con pérdidas cuantitativamente menores se sienten más discapacitadas. Para ello también puede utilizarse el test HHIE-S.

#### ¿Necesitamos pruebas?

Muchos casos de pérdida de audición son diagnosticables y tratables en el entorno de atención primaria, aunque en ocasiones es preciso realizar pruebas como la audiometría tonal liminar, potenciales evocados auditivos o pruebas de imagen que permitan al otorrinolaringólogo llegar al diagnóstico y realizar tratamientos médicos y/o quirúrgicos o indicar prótesis auditivas.

#### Volvamos a nuestra paciente:

Completemos la anamnesis dirigida: No tuvo fiebre, cefalea, síntomas de resfriado ni mareos en los días previos. Sin antecedentes familiares, personales ni laborales relevantes.

La exploración física demuestra un test de voz susurrada izquierdo positivo, la orofaringe parece normal, así como la palpación del cuello. Ausencia de nistagmo y de focalidad neurológica. La otoscopia bilateral es normal. Rinne+ derecho, Rinne+ acortado izquierdo, Weber lateralizado derecho.

¡Atención a una etiología de bajo índice de sospecha y potencial reversibilidad!

La aparición de una hipoacusia de inicio brusco unilateral y que exploratoriamente parece neurosensorial debe hacer saltar nuestras alertas. La sordera súbita unilateral se considera una urgencia médica

de la que hablaremos a continuación más extensamente. Se trata de un cuadro relativamente poco sospechado. Se requiere un alto nivel de astucia por parte del médico de familia para reconocerla de forma inmediata e intentar evitar una pérdida permanente.

### ¿Qué es la hipoacusia neurosensorial súbita (HNS)?

La hipoacusia neurosensorial o sordera súbita neurosensorial es una patología controvertida y a la vez relativamente frecuente.

Consiste en una pérdida de audición brusca, de 30 dB o más, en al menos 3 frecuencias audiométricas contiguas, normalmente unilateral, que ocurre en un período de 72 horas<sup>12</sup>. La incidencia estimada es de 2 a 20 por 100.000 habitantes aunque en Japón que existe registro nacional de sordera súbita se estima en 160 casos por 100.000 habitantes<sup>11</sup>. Se considera que está infradiagnosticada por la falta de consultas de aquellos pacientes que presentan una resolución espontánea.

Puede ocurrir a cualquier edad, pero con más frecuencia entre los 40-60 años de edad, afectando por igual a hombres y mujeres<sup>12</sup>.

### ¿Por qué se produce?

En la mayoría de los casos es idiopática y en una pequeña proporción (10-15%) puede tener una causa específica<sup>12</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye más de cien etiologías. Los casos con una etiología potencialmente detectable se clasifican en una de varias amplias categorías: infecciosas, autoinmunes, traumáticas, vasculares, neoplásicas, metabólicas y neurológicas<sup>11</sup>.

Algunas causas relacionadas con la HNS incluyen la coqueítis viral, eventos microvasculares y enfermedades autoinmunes<sup>11</sup>, alteraciones congénitas como acueducto vestibular agrandado, causas hormonales (hipotiroidismo), neurológicas (migraña, esclerosis múltiple) y medicaciones (uso de aminoglucósidos, quimioterápicos, AINES, salicilatos)<sup>12</sup>.

Las dos enfermedades bacterianas que con más frecuencia pueden causar HNS son la enfermedad de Lyme y la sífilis. Otros agentes infecciosos asociados son la toxoplasmosis, los Virus del Herpes Simple y Varicela Zóster, enterovirus e influenza, pero el único virus que ha demostrado ser claramente causante de la hipoacusia neurosensorial es el virus de la parotiditis<sup>13</sup>.

Respecto a Al HNS idiopática, se manejan tres teorías.

- Viral, por el virus del herpes simple tipo 1. La más documentada a nivel anatomopatológico. Sin embargo, los perfiles serológicos y la respuesta a terapias con antivirales no son concluyentes.
- Alteraciones microcirculatorias, diversas evidencias la apoyan, aunque la resolución espontánea habitual no es esperable en estos casos.
- Alteraciones inmunológicas. Esta teoría se apoya en la resolución espontánea frecuente y la respuesta a esteroides.

### ¿En qué consiste?

Los pacientes con HNS refieren una pérdida de audición brusca, o descubren que han perdido audición al despertarse. En la mayoría

de los casos, la pérdida de audición es unilateral, pudiendo ser bilateral en un 3%<sup>11</sup>.

Otros refieren sensación de taponamiento<sup>11</sup>, y en un 90% de los casos tinnitus. Otro síntoma menos común es el vértigo<sup>13</sup>.

### ¿Cómo se diagnostica?

En Atención Primaria es necesario realizar otoscopia y acumetría con diapasones para excluir causas relativas al oído externo y oído medio y establecer el patrón neurosensorial<sup>14</sup>.

Es importante ante una sordera de inicio súbito unilateral y patrón neurosensorial derivar de urgencia a ORL para completar el estudio.

En ORL el diagnóstico se establece mediante audiometría de tonos puros con confirmación de pérdida auditiva de >30 dB en 3 frecuencias secuenciales de < 72 horas de duración<sup>15</sup>.

Se puede considerar la realización de pruebas de imagen (RMN preferentemente) para identificar causas improbables como tumores, inflamación coclear, esclerosis múltiple o isquemia cerebral de vasos pequeños<sup>16, 19</sup>.

Los exámenes de laboratorio (bioquímica, pruebas serológicas) pueden apoyar el diagnóstico diferencial aunque la evidencia existente se basa en series pequeñas de casos que no demuestran suficientemente su beneficio. Por lo tanto, no se recomiendan de forma rutinaria salvo pacientes con factores de riesgo y zonas de alta prevalencia de sífilis y enfermedad de Lyme<sup>13, 16</sup>. Entre el 35-40% de los pacientes que la padecen tendrán hipercolesterolemia, y un 37% niveles de glucosa elevados. La disfunción tiroidea se puede encontrar en el 15%<sup>13</sup>.

### ¿Existe tratamiento?

El tratamiento de la hipoacusia neurosensorial súbita es muy controvertido. Una de las bases de este debate es el hecho de que se resuelve espontáneamente en el 45% a 65% de los pacientes<sup>13</sup>. Existen multitud de estudios, pero pocos ensayos clínicos de calidad.

Tampoco hay evidencias sólidas sobre las diferentes opciones de tratamiento. Los glucocorticoides son considerados el tratamiento de primera línea; hipotéticamente mejoran la HNS al reducir la inflamación y el edema en el oído interno. Las revisiones sistemáticas y los metanálisis concluyen que la efectividad de los glucocorticoides sigue sin ser demostrada pues los estudios existentes, aun siendo favorables al uso de glucocorticoides, están realizados con números de casos pequeños. A pesar de reconocer la ausencia de evidencia firme, diferentes grupos de consenso recomiendan que se ofrezca tratamiento con glucocorticoides orales<sup>20</sup>.

Los glucocorticoides se pueden administrar de forma sistémica (generalmente oral) o intratimpánicos<sup>17, 18</sup> (Grado de recomendación 2C). Se debe comenzar la terapia dentro de las primeras 2 semanas del inicio de los síntomas con una duración entre 10-14 días.

No existe una dosificación estandarizada, entre las opciones se incluyen:

- Prednisona 60mg/día o metilprednisolona 48mg/día durante 4 días e ir disminuyendo 10mg cada 2 días.
- Prednisona 1mg/kg/día (máx 60 mg/día) durante 10 días e iniciar descenso progresivo.
- Dexametasona 10mg/día durante 7-14 días, e iniciar descenso progresivo durante un período de tiempo similar.

Las inyecciones intratimpánicas de corticoesteroides se utilizan como terapia de rescate en casos en los que la audición no mejora tras el uso vía oral, o bien como tratamiento primario en pacientes en los que se deben evitar los glucocorticoides sistémicos en dosis altas (p.ej. diabéticos)<sup>11,20</sup>.

También existe controversia sobre el uso de antivirales, dada la posibilidad de que el virus herpes simple sea el agente causal. Pero no se ha demostrado superioridad del tratamiento combinado de antivirales y corticoides frente a corticoides solos<sup>20,21</sup>.

-Otras múltiples terapias han sido probadas: aféresis de fibrinógenos y proteínas de baja densidad, magnesio oral, zinc, oxígeno hiperbárico, ác. diatrizoico intravenoso, timpanotomía y sellado de la ventana redonda, medicaciones a base de hierbas, etc. Todas estas terapias requieren una evaluación adicional antes de que puedan ser recomendadas.

### ¿Cuál es su pronóstico?

Es necesario un seguimiento audiométrico durante 6 meses posteriores al diagnóstico para valorar el beneficio del tratamiento<sup>16</sup>.

El pronóstico de la HNS suele ser favorable. La mejoría espontánea es común: aproximadamente un tercio de los pacientes experimentan cierto grado de recuperación, aunque ésta no es completa<sup>11</sup>. El 65% de los pacientes con tratamiento recupera los niveles de audición en 14 días. Un 40% de los casos idiopáticos no tratados recuperan la audición con una diferencia de umbral interaural por debajo de 20 dB1. No obstante, hasta un 10% de los pacientes experimentan un empeoramiento de la audición en el tiempo, a pesar de la instauración del tratamiento.

Los factores que influyen en el pronóstico incluyen la edad, la gravedad de la pérdida auditiva y las frecuencias afectadas, la presencia de vértigo y el tiempo transcurrido entre el inicio de la pérdida auditiva y la consulta con el médico<sup>13</sup>.

La edad avanzada se correlaciona con menores tasas de recuperación auditiva. Igualmente, la mayor gravedad de la pérdida se relaciona con una menor tasa de recuperación.

También la forma del audiograma tiene un impacto en la recuperación auditiva, con tasas de recuperación inferiores para las pérdidas auditivas de baja frecuencia o de frecuencia media en comparación con las planas o la pérdida auditiva descendente.

La evaluación por un médico menos de una semana después del inicio de los síntomas, también se correlaciona con la mejora de las probabilidades de recuperación auditiva, con la probabilidad de que la recuperación completa de la audición disminuya después de ese tiempo.

Tabla 11<sup>6</sup>: factores pronósticos de la hipoacusia neurosensorial súbita

FACTOR PRONÓSTICO	POSITIVO	NEGATIVO
Edad	<60 años	>60 años
Duración de la pérdida de audición	< 1-2 semanas	>3 meses
Patrón de la pérdida auditiva	Frecuencias bajas y medias	Audiograma plano y descendente
Síntomas acompañantes		Vértigo

### CONCLUSIONES

La hipoacusia es un motivo de consulta frecuente con el que estamos habituados a trabajar. Sin embargo, sigue existiendo un infradiagnóstico de un tipo especial de sordera no tan conocido, la hipoacusia neurosensorial súbita. Es importante pensar en él porque, aun siendo su tratamiento un tema envuelto en controversia, sí parece claro que la administración precoz de tratamiento con glucocorticoides puede mejorar los resultados auditivos y no es cuestión baladí.

### REFERENCIAS

1. Alonso I, Mari M. ¿Cómo funciona? El oído interno. AMF 2011;7(6):354-355
2. Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. 2ª Ed. NY; Mc Graw-Hill 2009. <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1490&sectionid=98749627>. Acceso abril 03, 2018.
3. Bargués R. Actuación ante la hipoacusia en atención primaria. AMF 2009;5(5):257-261
4. Weber P. Etiología de la pérdida de audición en adultos. Uptodate 2018. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Roland PS, Stewart MG. Consensus panel on role of potentially ototoxic antibiotics for topical middle ear use: Introduction, methodology, and recommendations. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(3 Suppl):S51.
6. Bagai A, Thavendiranathan P, Destky AS. Does This patient have hearing impairment? JAMA. 2006;295:416-28
7. Martínez M. ¿Explorando... ¿Tiene una hipoacusia? AMF 2011;7(4):203-207
8. Yueh B, Shapiro N, Mac Lean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care. JAMA. 2003; 289:1976-85.
9. Proupín Vázquez N, Lorenzo Martínez A, del Río Valeiras M, Álvarez Alonso L, Segade Buceta X, Labella Caballero T. Propuesta de cribado de la presbiacusia en una consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2007;39:35-40.

10. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 2003; 327: 967.
11. Stachler R, Chandrasekhar S, Archer S. Clinical practice guideline: sudden hearing loss.
12. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146(3 Suppl):S1-35.
13. Peter C Weber. Sudden sensorineural hearing loss. Literature review current through 2017. Uptodate 2017. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
14. Maggie K, Selena E. Sudden sensorineural Hearing Loss. A review of Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Trends Amplif.* 2011; 15(3): 91-105.
15. Schreiber B. Sudden sensorineural hearing loss. *Lancet* 2010; 375 (9721): 1203-11.
16. Stefan K. Plontke. *Curr Top Otorhinolaryngol Hed and Neck Surg.* 2017; 16. Doc 05.
17. DynaMed Plus. Sudden sensorineural hearing loss. 2017. Disponible en <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115342>.
18. Crane RA, Camilon M, Nguyen S, Meyer TA. Steroids for treatment of sudden sensorineural hearing loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Laryngoscope* 2015; 125(1): 209-17.
19. Wei BP, Stathopoulos D, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD003998.
20. Ramos, H, Barros, F. Magnetic resonance imaging in sudden deafness. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2005;71(4):422-426.
21. Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal J. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:144-57 - DOI: 10.1016/j.otorri.2010.09.001. Disponible en
22. <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-consenso-sobre-el-diagnostico-tratamiento-S0001651910001603>
23. Awad Z, Huins C, Pothier DD. Antivirals for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD006987.

# Cómo decirle a un paciente que su enfermedad no existe: la intolerancia al wifi.

How to tell a patient that his illness does not exist: wifi intolerance.

Miguel Ángel Acosta Benito<sup>1</sup>; Néstor Javier Sánchez Sánchez<sup>2</sup>.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 38-39

1 MÉDICO DE FAMILIA, CS GRIÑÓN, SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

2 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CS NOVOA SANTOS, OURENSE. SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Miguel Ángel Acosta Benito. e-mail: miguelangel.acosta@salud.madrid.org

## INTRODUCCIÓN

Varón de 70 años con malestar intermitente epigástrico de más de 30 años de evolución, diarrea ocasional, mareo y náuseas, que relaciona con la exposición a ondas electromagnéticas. La sintomatología se ha ido intensificando en los últimos 10 años, a medida que se ha incrementado el uso de dicha tecnología (wifi, móviles, bluetooth...). Busca un informe de salud que acredite su enfermedad, para evitar la instalación de contadores de luz por Bluetooth en su bloque de viviendas.

Vive solo, con escasas interacciones sociales. La sintomatología relacionada a su supuesta "intolerancia al wifi" es un medio para mantener actividad física y mental.

Examen físico y analítica general normales. Colonoscopia, panendoscopia, TAC craneal, valoración por los servicios de Cardiología, Neurología y Digestivo sin hallazgos patológicos objetivos.

## DIAGNÓSTICO

Se realiza un diagnóstico diferencial entre síndrome vertiginoso, trastorno de ansiedad y trastorno de somatización tras haber quedado descartadas de forma razonable la dispepsia u otra patología gastrointestinal, así como patología neurológica cerebral o neuropatía. Como único factor psicológico desencadenante, se encuentra el aislamiento social. En la anamnesis, se descubre pasado como actor sindical.

Se procede a la comunicación de los resultados al paciente. Se administra el Test de Othmer y DeSouza para Trastorno de Somatización (4 puntos). Se muestra reacio a aceptar los resultados, y busca evidencias sobre su trastorno (asociaciones, artículos divulgativos sin base científica...)

Se niega a recibir terapia psicológica. Accede a un plan de seguimiento. Incrementa la confianza en el médico, y se expone a situaciones con ondas que el interpreta como nocivas sin conocer dicha exposición y sin presentar síntomas. No se consigue hacer consciente al paciente de la realidad de su patología, persistiendo ideación no delirante sobre el efecto de las ondas electromagnéticas. Sin embargo, mejora su calidad de vida al

incrementar el conocimiento sobre su situación, ser escuchado y atendido y recibir tratamiento sintomático.

## CONCLUSIÓN

El trastorno de somatización es una entidad frecuente en nuestro medio (algunos estudios indican una prevalencia en torno al 30%). Se caracteriza por la aparición de signos y síntomas no ligados a una alteración orgánica o mental específica, sino a determinados conflictos psicológicos. La falta de entrenamiento y conocimiento sobre este síndrome y la ausencia de test específicos con validez amplia son algunas de las causas del infradiagnóstico de esta entidad<sup>1</sup>.

Existen diversos test que nos permiten acercarnos a este trastorno: entre ellos destaca el Test de Ohmer y Souza, con 7 preguntas sencillas, o el Patient-Health-Questionnaire (PHQ) de 15 ítems<sup>3</sup>.

El incremento en el uso de tecnologías inalámbricas ha traído consigo un número no despreciable de quejas somáticas en diversas personas, relacionadas de forma subjetiva con las ondas emitidas por estos dispositivos. La Guía Europea para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud relacionados con los campos electromagnéticos alerta sobre el incremento en la incidencia de cáncer, alteraciones genéticas y patologías neurológicas como la esclerosis lateral amiotrófica relacionada, sobretudo, con la exposición laboral a altas dosis de radiación electromagnética<sup>4</sup>. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia científica que avale la existencia de "intolerancia" a las radiaciones emitidas por dispositivos wifi, bluetooth u otras tecnologías cotidianas<sup>5-7</sup>.

Cuando debemos confrontar al paciente con un diagnóstico distinto al que el plantea, es fundamental realizar una comunicación empática, comprendiendo el sufrimiento subjetivo que presenta. Si el paciente no quiere aceptar nuestra opinión, no es necesario romper la relación terapéutica, sino enfatizar la asertividad y el acompañamiento en los síntomas, exponiendo la información en pequeñas cantidades de modo comprensible. Y, ante todo, no debemos juzgar sino acompañar.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Piontek K, Shedden-Mora MC, Gladigau M, Kuby A, Löwe B. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2018 Nov 12;18(1):361. doi: 10.1186/s12888-018-1940-3.
2. López-Santiago J, Belloch-Fuster A, Madrigal García M. Valoración del screening de Ohtmer y DeSouza para el trastorno de somatización en salud mental C. *Med. Psicosom*, N° 76/77:73-80
3. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Loewe B. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345–59.
4. Belyaev I, Dean A, Eger H, Hubmann G, Jandrisovits R, Kern M, Kundi M, Moshammer H, Lercher P, Müller K, Oberfeld G, Ohnsorge P, Pelzmann P, Scheingraber C, Thill R. EUROPAEM EMF Guideline 2016 for the prevention, diagnosis and treatment of EMF-related health problems and illnesses. *Rev Environ Health*. 2016 Sep 1;31(3):363-97. doi: 10.1515/reveh-2016-0011.
5. Baliatsas C, Bolte J, Yzermans J, Kelfkens G, Hooiveld M, Lebret E, van Kamp I. Actual and perceived exposure to electromagnetic fields and non-specific physical symptoms: an epidemiological study based on self-reported data and electronic medical records. *Int J Hyg Environ Health*. 2015 May;218(3):331-44. doi: 10.1016/j.ijheh.2015.02.001. Epub 2015 Feb 7.
6. Eltiti S, Wallace D, Russo R, Fox E. Aggregated data from two double-blind base station provocation studies comparing individuals with idiopathic environmental intolerance with attribution to electromagnetic fields and controls. *Bioelectromagnetics*. 2015 Feb;36(2):96-107. doi: 10.1002/bem.21892. Epub 2015 Jan 30.
7. Szemerszky R, Gubányi M, Árvai D, Dömötör Z, Köteles F. Is There a Connection Between Electrosensitivity and Electrosensibility? A Replication Study. *Int J Behav Med*. 2015 Dec;22(6):755-63.
8. Delgado Santos CI (coord.). Cuaderno de apoyo a la comunicación con el paciente. Comunicación en el entorno hospitalario y/o consulta médica. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2012. Incluido en el Proyecto de apoyo a la comunicación con personas mayores y personas mayores con discapacidad, "Yo te cuento, cuenta conmigo", coordinado por el CEAPAT-IMSERSO dentro del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

# Lesión ulcerosa de larga evolución.

Long evolution ulcerative lesion.

Vidal Blanco Laura<sup>1</sup>, Castro Pazos Manuel<sup>2</sup>, Fransi Galiana Luis<sup>2</sup>.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 40-41

1 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CENTRO DE SALUD MONTEPORREIRO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Laura Vidal Blanco. e-mail: laura.vidal.blanco@gmail.com.

## INTRODUCCIÓN

Varón de 57 años de edad, con antecedentes personales de artrosis, hipercolesterolemia familiar, ex-enolismo. Acude a la consulta de atención primaria por presentar lesión ulcerosa en miembro inferior izquierdo de 20 días de evolución. A la exploración física se ve una lesión ulcerada con necrosis central y bordes sobreelevados. El principal diagnóstico de sospecha es de ectima por lo que se solicita cultivo de la úlcera y se inicia posteriormente tratamiento con Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 10 días.

Tras un mes de evolución con resolución parcial de la lesión (Figura 1), el cultivo muestra una infección por *S. Aureus* sensible a trimetoprim-sulfametazol, por lo que se pauta nuevo ciclo de antibioterapia con Sulfametoxazol/Timetoprima 800/160 cada 12 horas durante 10 días. A los 15 días aparece nueva lesión con costra central y crecimiento centrífugo por lo que se decide realizar biopsia de la lesión siendo el resultado de lesión inespecífica.

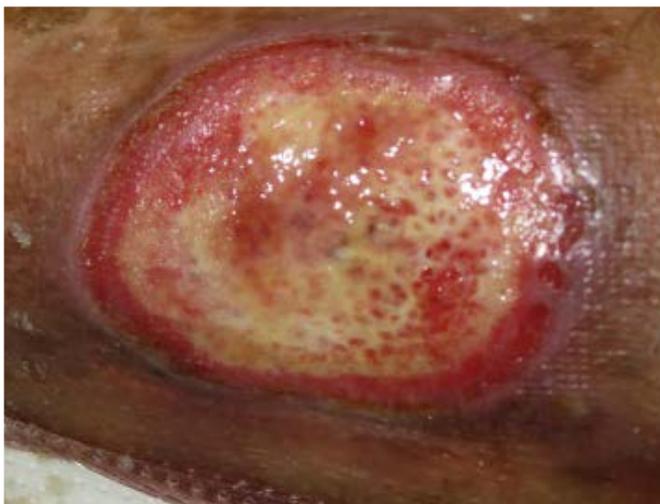


Figura 1

Con el paso de los meses aparecen más lesiones en tronco de mismas características (Figura 2); tras mala evolución se decide realizar nueva biopsia en lesiones de espalda con un resultado anatómo-patológico de micosis fungoide estadio tumoral (micosis fungoide en placas).



Figura 2

## DIAGNÓSTICO

Ante este cuadro clínico se consideraron varios diagnósticos diferenciales como epiteloma (Carcinoma epidermoide o Basocelular), pioderma gangrenoso, vasculitis o necrobiosis lipoidea. Se llegó al diagnóstico final de micosis fungoide en placas gracias a la clínica y la biopsia, principalmente.

## CONCLUSIÓN

La micosis fungoide es un linfoma cutáneo de linfocitos T que se inicia en la piel. Puede progresar a enfermedad sistémica, incluido el síndrome de Sézary (eritroderma con células T malignas circulantes).

## SÍNTOMAS Y SIGNOS:

Aparecen parches o placas eritematosas y escamosas localizadas o generalizadas, casi siempre en el tronco. Por lo regular, las placas tienen más de 5 cm de diámetro. A menudo se refiere prurito, que puede ser grave. Las lesiones suelen comenzar como parches no diagnósticos imprecisos, y no es raro que el paciente tenga lesiones cutáneas 10 años antes de que se confirme el diagnóstico. La afectación folicular con alopecia es característica de la micosis fungoide, y su presencia debe despertar la sospecha.<sup>(1,2)</sup>

## DIAGNÓSTICO

---

La biopsia de piel sigue siendo la base del diagnóstico. En la etapa tumoral, se presentan filtrados nodulares dérmicos. La infiltración neoplásica se basa en linfocitos atípicos de pequeño tamaño con un núcleo cerebriforme hiper cromático rodeados de citoplasma claro. Los linfocitos atípicos se agrupan en epidermis formando los microabscesos de Pautrier, presente en el 25% y signo patognomónico para el diagnóstico.<sup>(1)</sup>

En la enfermedad más avanzada, pueden ser detectados en la sangre los linfocitos T malignos circulantes (células de Sézary).

## TRATAMIENTO

---

El tratamiento se adapta al estadio tumoral y a sus síntomas; se pueden usar desde corticoides tópicos, fototerapia o TSEBT (tratamiento con baño de electrones) hasta tratamientos sistémicos como retinoides orales o anticuerpos monoclonales. En el caso de nuestro paciente se realizó tratamiento con Bexaroteno y PUVA (Psoralenos y fototerapia con luz ultravioleta A) siendo refractario al tratamiento con la aparición de nuevas lesiones por lo que se decidió comenzar con TSEBT.

## PRONÓSTICO

---

El principal pronóstico es la etapa en la que se encuentra el tumor, empeorando a medida que el estadio avanza. La micosis fungoide en estadios tempranos es normalmente indolente, con una mediana de supervivencia de más de 20 años, mientras que en los estadios avanzados la mediana de supervivencia es de 5 años. Además, los pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar un segundo linfoma, en particular linfomas tipo Hodgkin y el subtipo de papulosis linfomatoide del linfoma cutáneo de células T.<sup>(3)</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Sarah I. Jawed, Patricia L. Myskowski, Steven Horwitz, Alison Moskowitz, Christiane Querfeld. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sezary syndrome) Part I. Diagnosis: Clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers. J. AM. CAD. Dermatology February 2014. 70(2):205.e1-16.
2. Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrest, Amy S. Paller, David J. Leffell, Klaus Wolff, Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General; Tomo 1; 8ª Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2014.
3. WeiyunZ.Ai; Theresa H.Keegan; David J.Press; JuanYang; LauraB.Pincus; YounH.Kim. Outcomes After Diagnosis of Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome Before 30 Years of Age A population-Based Study. JAMADermatol. 2014;150(7):709-715.

## Introducción

Clara Guede Fernández

MÉDICA DE FAMILIA. PRESIDENTA DO COMITÉ CIENTÍFICO DAS XXII XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNITARIA

O pasado mes de febreiro tiveron lugar as **XXII Xornadas Galegas** da nosa sociedade científica. Este evento víñase realizando nos últimos anos no mes de novembro, mais en 2018 aprazouse por mor da celebración do exame da oferta pública de emprego que se celebrou o día 25 dese mes. A pesares disto houbo un esforzo por parte dos médicos de familia da nosa comunidade por presentar e enviar traballos para presentar e dar a coñecer durante as Xornadas.

Recibíronse un total de noventa comunicacións, das cales foron presentadas como comunicacións orais catorce. Destas, seis foron resultados de investigación, dous foron proxectos de investigación e seis foron experiencias. Presentáronse como póster con defensa vinteunha comunicacións: dúas experiencias e dezanove casos clínicos.

O **1º premio** outorgóuselle á experiencia titulada: **“Salubrízate: en armonía con las personas y el entorno”**, dos autores Santiago Fernández Blas, Néstor J Sánchez Sánchez, Karin Meier Cacharo, Olaya López Pereiro, Alejandra Martínez Franco e Lucía Estevez Valencia. O **2º premio** levouno o proxecto de investigación titulado **“Cuestionario Cambados: una ferramenta para definir os e-senior chronics”**, dos autores: Ismael Said Criado, Gloria González Cristobo, Modesto Martínez Pillado e Antonio Ángel Regueiro Martínez. Os **casos clínicos premiados** foron os titulados: **“Fibromialgia: la comunicación también es una opción”** das autoras Ana Mozo Ríos, Alba López Souto e Noelia Rabuñal Fernández; e o caso titulado: **“Non todo é o que parece”** de Cristina Rodríguez Díaz e Leticia Boyero Fernández.

Os casos clínicos seguen a ser os grandes protagonistas á hora de recibir comunicacións nas xornadas científicas. Probablemente porque por un lado para os residentes é unha forma moi asequible de iniciarse na publicación en xornadas e congresos e ademais porque é unha forma de aprender da forma de proceder e de recordar e actualizarnos en vías de actuación. Con todo, debemos facer un esforzo por recuperar e retomar os proxectos de investigación para así reforzar a nosa área científica da profesión de médicos de familia. Os titores de residentes e as unidades docentes aquí xogan un papel fundamental para non perder a ilusión e a capacidade de motivar aos seus residentes.

Destacaría destas xornadas que recibimos un total de doce experiencias, case o mesmo número que de resultados de investigación. Nótase a necesidade de dar a coñecer as experiencias que estamos levando a cabo nos nosos centros de saúde para que así podamos extender a nosa labor a outros compañeiros e outras zonas de Galicia. O que non se comunica, non existe, o que non se coñece, non se valora.

Dende o Comité Científico gustaríanos dárvoles grazas a tódolos participantes. Polo voso esforzo, polas vosas ganas de seguir formando e formándovos. E sobretudo polo interese enorme que temos todos de seguir loitando por unha Atención Primaria digna.

## COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

## Rotación externa no centro de saúde de Delsbo (Suecia)

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 43

Gloria González Cristobo, Noelia Chaves Serantes, Diana Antón Sanmartín

**OBXECTIVOS**

Rotación externa para residentes de Medicina de Familia e Comunitaria (MFeC) dun mes, nun centro de saúde público dunha área rural de Suecia, co fin de coñecer outro modelo administrativo e asistencial, da man dunha médico formada nunha unidade docente galega.

**DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA**

Rotación dun mes na que puidemos coñecer as principais diferencias do sistema público de saúde sueco con respecto ao noso.

Centro de saúde de Delsbo (Hudiksvall), cunha poboación de 2200 habitantes, composto por 2 médicos especialistas en medicina de familia, 3 médicos residentes, e eventualmente "médicos de alquiler" que cubren periodos de falta de persoal ou sobrecarga laboral. Enfermería con formación específica en patoloxía crónica e que actúa como filtro de pacientes. Fisioterapeutas, traballadora social, persoal de psiquiatría e administrativo. Reunións multidisciplinares semanais, ás que atende todo o persoal do centro.

Sanidade pública, universal, con copago sanitario de 20€ por consulta con máximo anual de 120 € e copago farmacéutico. Adaptación visual e consulta odontolóxica completa incluíndo ortodoncia gratuita ata os 18 anos.

Instalacións: consulta médica dotada de todo o material necesario, e ademais sala completa de oftalmoloxía, otorrinolaringoloxía e xine-proctoloxía.

Normativa de vestimenta estricta: pixama de manga curta, pelo recollido, sen accesorios nas mans e evitando uso de perfumes.

Horario de 08.00 a 17.00 con dous descansos de 15 minutos e un de 1 hora. Flexibilidade horaria persoal con control de entrada e saída.

Pacientes: algúns sen cupo asignado por déficit de persoal. Calquera traballador pode ausentarse do seu posto de traballo por

enfermidade durante 7 días sen precisar baixa laboral nin asistencia sanitaria. Tempo en consulta de 20 minutos por paciente e 10 minutos para dictado, con 10 pacientes diarios.

Residentes: elección libre da especialidade, 5 anos de formación para MFeC e posibilidade de cambio especialidade en calquera momento. Cupo propio de pacientes. Cursos de formación financiados polo sistema sanitario e sempre en horario laboral.

Farmacos: analxésicos a dosis menores que as habituais en España e prescripción moi racional de antibióticos, moitas veces guiada por PCR realizada en consulta e con catálogo limitado.

Relación atención primaria-hospital: habitualmente o médico de familia ten acceso á solicitude de calquera proba diagnóstico-terapéutica, e a derivación hospitalaria acostuma a facerse xa cun diagnóstico ou para a realización de probas específicas. Os médicos doutras especialidades teñen un día concreto adicado a responder consultas telefónicas do médico de familia.

**CONCLUSIÓN**

O sistema sanitario sueco ten como eixo do sistema sanitario ao médico de familia, e polo tanto ten acceso ilimitado a recursos diagnósticos e terapéuticos. En canto ao paciente ofrece ventaxas como o maior tempo de consulta pero presenta outras barreiras coma o copago sanitario e o tempo de espera para acceder a unha consulta.

**APLICABILIDADE**

Coñecer outros modelos de xestión supón cuestionarse os prexuízos e beneficios de cada un deles, pero sobre todo centrar a atención nos aspectos a mellorar.

## COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

## Colaboración docente rural na provincia de ourense

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 44

María Trinidad Gamarra Mondelo, Portal González Lorenzo, María Sandra Pardo Seoane, Rosa Belén Pérez  
Ramos, Andrea Vázquez Mosquera, Mercedes Sánchez Fernández

**OBXECTIVOS DA EXPERIENCIA**

O traballo no medio rural aporta vantaxes, como son a proximidade e un maior coñecemento do paciente, da súa familia e entorno. Isto deriva nunha relación máis estreita cun maior nivel de confianza, básico para unha atención clínica de calidade. Dende o ano 2005 o Programa Nacional de Especialidades para MFYC, contempla a rotación rural, cunha duración máxima de 3 meses no segundo ou tercer ano de residencia. O obxectivo é valorar a evolución da rotación rural na Provincia de Ourense.

**DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA**

Na Unidade Docente de Ourense comezou a aplicarse a rotación rural no ano 2006 con 5 centros acreditados e 7 colaboradores docentes. Na actualidade na Provincia de Ourense hai 16 centros de saúde rurais acreditados cun total de 19 colaboradores docentes da rotación rural de MFyC. No curso docente de MFyC 2017-2018 de Ourense, a rotación de medicina rural foi a segunda máis valorada cunha puntuación de 4,87 sobre 5.

**CONCLUSIÓN**

Na derradeira década a medicina rural está nun proceso de cambio coa incorporación de médicos de familia novos, con formación especializada MIR e comprometidos coa docencia. Debido ás peculiaridades do traballo no medio rural, os residentes teñen a oportunidade de coñecer e practicar a verdadeira medicina de cabeceira, máis integral e cercana.

**APLICABILIDADE**

É importante que a medicina rural forme parte do pilar básico de formación pre e postgrao. O medio rural pode significar o entorno onde se desenvolva o futuro laboral de moitos novos médicos de familia, e o feito de coñecer a medicina rural durante o período de formación condiciona en certo modo que posteriormente se decida elixir este medio para traballar. Ter un bó equipo de Atención primaria no ámbito rural é necesario e eficaz.

## COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

## Recomendaciones para el cuidado del pie diabético

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 45

Paula Urones Cuesta, Ana Ares Martínez, Ana Garrote Recarey, Camilo Daniel Raña Lama, Vanesa Rojo Amigo, Cristina González Martín

**OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA**

Implantar el uso de las buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia en el cuidado y prevención del pie diabético. Revisar y actualizar las recomendaciones del cuidado de los pies en el paciente diabético. Crear un díptico informativo sobre las actividades a llevar a cabo para un correcto cuidado del pie diabético. Educar al paciente diabético, empoderándolo en su autocuidado.

**DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

Diferentes profesionales de enfermería nos hemos reunido con motivo de implantar el uso de las buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia en la prevención del pie diabético. En diferentes reuniones, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de las recomendaciones sobre la exploración, la valoración y el cuidado del pie en el paciente diabético. Para lograr empoderar tanto a los profesionales de atención primaria como a los propios usuarios, hemos elaborado un díptico con las recomendaciones más adecuadas para dar al paciente diabético y que de manera visual, tenga un recordatorio de cómo cuidar sus pies.

**CONCLUSIONES**

Con la elaboración de estas recomendaciones, se ha creado una herramienta para potenciar la educación para la salud en el paciente diabético y empoderarlo para un adecuado autocuidado.

**APLICABILIDAD**

El díptico elaborado tiene aplicabilidad ante cualquier paciente diabético como recordatorio de las medidas de prevención que tiene que realizar (autocuidados) y así minimizar posibles complicaciones del pie en estos pacientes.

## COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

## Salubrízate: en armonía con las personas y el entorno

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 46

Santiago Fernández Blas, Néstor J. Sánchez Sánchez, Karin Meier Cacharo, Olaya López Pereiro, Alejandra Martínez Franco, Lucía Estévez Valencia.

### OBJETIVOS

Mejorar la capacidad física, mental y social de las personas mayores de nuestra zona de salud. Disminuir las enfermedades cardiovasculares y la soledad. Crear red social uniendo sinergias (ciudadanía, administración local e instituciones sanitarias) para promoción de envejecimiento activo y saludable.

### DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se constituye un grupo socioeducativo de activos comunitarios (como motores y participantes), voluntarios (profesionales, residentes y alumnos del centro de salud) y participantes comunitarios. Alcaldía, Gerencia y Consejería de Salud participan como invitados y colaboradores externos.

Se realizan sesiones con cadencia mensual. Cada jornada consiste en una sesión sobre diversos temas (vida saludable, filosofía, arquitectura,...) seguido de un paseo saludable del grupo. Cada jornada cuenta con voluntarios que acompañan al grupo y favorece la integración entre ellos. Se emplea el modelo de empowerment, potenciando el protagonismo de las personas para mejorar su propio bienestar, ampliando la unidad de análisis e intervención a la influencia mutua entre la persona y su medio.

Usando técnicas de motivación/refuerzo/apoyo/capacitación para la participación en actividades grupales, compartir experiencias, adquirir conocimientos básicos y adoptar hábitos saludables.

### CONCLUSIONES

Tras primera fase de intervenciones, la satisfacción global es de 3,7/4. Este resultado anima a seguir con la intervención en grupos de mayor tamaño.

Desde Atención Primaria tenemos la oportunidad de trabajar en educación para la salud, empoderamiento y desarrollo comunitario.

Este proyecto va a permitir actuar directamente sobre el sedentarismo y la soledad de las personas mayores de nuestro centro.

### APLICABILIDAD

El modelo de empowerment ha permitido a los participantes actuar sobre su propia salud gracias a la ayuda del programa.

La atención primaria permite realizar este tipo de programas para mejorar el bienestar físico-psíquico-social de la población.

## COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

## Una batea abierta al mundo.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 47

Alba Pons Revuelta, Antonio Regueiro Martínez, Víctor Lois López, Gloria González Cristobo, Sara Castroagudín Campos, Miguel Iglesias Paraco

La experiencia que presentamos aún no tiene resultados, es más, todavía no está ni operativa, pero creemos que su formulación es interesante, ya que su propio planteamiento y diseño están siendo toda una experiencia.

### OBJETIVO

El principal objetivo de la creación de un blog de nuestro centro de salud es la generación de un espacio educativo y formativo, dirigido tanto a profesionales como a pacientes.

### DESCRIPCIÓN

Este pequeño y humilde blog nace con la idea de ser una herramienta de puesta al día en conocimientos de Atención Primaria.

El proyecto surgió del interés de varios integrantes del centro por compartir con otros profesionales de diferentes lugares, las sesiones y los proyectos de investigación que se realizaban, así como materiales de ayuda para consulta (dietas, escalas, etc.).

También se planteó que abordarlo desde la perspectiva de los pacientes podría ser muy enriquecedor, ya que genera un espacio donde volcar información relevante para la población (campañas, patologías crónicas prevalentes, etc.). Al fusionar ambas aproximaciones, surge el planteamiento actual.

### CONCLUSIONES

La finalidad, por un lado, es generar un lugar de encuentro virtual y un sitio con recursos para todas las integrantes de la atención primaria y otros profesionales vinculados. Por otro lado, queremos ofrecer información a la población general sobre temas relacionados con la salud, que puedan ser de interés o afectar directa y/o indirectamente a la comunidad.

### APLICABILIDAD

Esperamos que nuestro blog esté operativo a principios de 2019, con recursos disponibles desde su publicación, y con la ampliación de éstos semanal o mensualmente, en función de las sesiones clínicas de nuestro centro de salud, de la elaboración de materiales y de las diferentes actividades programadas.

Con esto, esperamos poder generar un espacio virtual educativo para fomentar la vertiente comunitaria de nuestra especialidad, contribuyendo además a la formación de otras profesionales.

## COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

## E-Senior Chronics. Unha nova categoría de pacientes.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 48

Ismael Said Criado, Gloria González Cristobo, Modesto Martínez Pillado, Antonio Ángel Regueiro Martínez  
Obxectivos:

Mellorar a atención do paciente crónico sénior para adaptala ás súas necesidades, integrando ferramentas de saúde dixital.

Identificar as necesidades e expectativas destes pacientes e dos seus profesionais sanitarios.

Artellar unha relación distinta cos pacientes crónicos maiores aproveitando as novas tecnoloxías dixitais.

#### DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA

Convocouse a un grupo de 10 profesionais da saúde para facer un focus group, que incluíu persoal médico, tanto especialistas en Medicina Familiar e Comunitaria como en formación MIR, e de enfermaría.

Despois dunha charla introdutoria, realizouse un debate sobre a existencia dun perfil de paciente maior que interacciona co seu arredor dun xeito diferente ao ata agora habitual, no que xogan un papel importante as novas tecnoloxías. Porén, da presenza dun novo tipo de paciente con novas capacitacións e novas inxerencias.

Nunha segunda sesión presencial, realizouse un mapa de empatía para identificar as influencias que reciben este tipo de pacientes e posteriormente caracterizalas, priorizalas e darlles unidades de medida que nos permitan chegar á elaboración dun cuestionario útil para a estratificación dos mencionados pacientes.

#### CONCLUSIÓN

Na actualidade existe un grupo de pacientes maiores que coñecen de forma excepcional a súa enfermidade e teñen unha alta capacitación tecnolóxica. Isto fai que interactúen dun xeito diferente ao que estamos afeitos co sistema sanitario e que ademais sexan máis esixentes cos servizos que lles son prestados.

#### APLICABILIDADE

Categorizar este perfil de paciente e identificalo entre aqueles que pasan pola nosa consulta permitiríanos darlles unha atención centrada nas súas necesidades específicas e aportarlles uns recursos innovadores e eficientes que incorporen as novas tecnoloxías, redeseñando deste xeito o proceso asistencial.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Os participantes no taller foron todos os profesionais da saúde, non incorporando datos do paciente ou datos especialmente protexidos para o seu desenvolvemento.

O proxecto desenvolveuse con profesionais da saúde da mesma área sanitaria, EOXI Pontevedra-O Salnés.

Financiamento: O taller foi financiado por Lilly.

## PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Ante as alertas non lle quites a pel, pero ollo con ella.

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 49

Rodríguez Piñeiro P., Villamarín Bello B., Domínguez Espejo M.A., Vieites Pérez J., Martínez Lorenzo A., Platas Pita M.T.

### OBXECTIVO

Intentar diminuír a incidencia de tumores cutáneos non melanoma e/ou detectalos precozmente nos pacientes a tratamento crónico con hidroclorotiazida, medicamento moi empregado no tratamento da hipertensión arterial (HTA).

### MATERIAL E MÉTODOS

Inicialmente levarase a cabo un estudo descriptivo retrospectivo nun único centro de Atención Primaria (AP) no que se seleccionarán tanto pacientes con diagnóstico de cancro de pel non melanoma como aqueles a tratamento crónico con hidroclorotiazida. Posteriormente, e seguindo as recomendacións dadas pola Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) realizaranse as seguintes intervencións:

- Nos pacientes con diagnóstico de cancro de pel non melanoma comprobarase o emprego crónico de hidroclorotiazida, e naqueles que se confirme valorarase o troco do fármaco.
- Nos pacientes en tratamento con hidroclorotiazida, ademais de outras medidas preventivas, levarase a cabo unha despistaxe de posibles lesións cutáneas suxestivas de malignidade, e ante a detección dalgunha serán derivados a Atención Especializada para valoración.

### APLICABILIDADE

Tanto o cancro de pel como a HTA son dúas patoloxías moi relevantes en AP. Tras a publicación recente da nota informativa publicada pola AEMPS, na que se informa da posible relación entre o uso continuado de hidroclorotiazida e a aparición de determinados tipos de cancro de pel, cremos necesario e oportuno dende a consulta de AP levar a cabo medidas que permitan implantar solucións temperás en ambos sentidos.

Este proxecto conta coas seguintes limitacións: non se poderán considerar todos os factores de risco que poden influir na incidencia do cancro de pel nin se poderán identificar todos os pacientes (pequena porcentaxe) a tratamento con hidroclorotiazida.

Aspectos ético-legais: Actualmente estase a tramitar a solicitude ao Comité de Ética correspondente e os participantes declaran non ter conflito de intereses.

Financiamento Este proxecto non conta con ningún tipo de financiación.

## PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

# Cuestionario cambados: ferramenta para definir os E-Senior Chronics

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 50

Ismael Said Criado, Gloria González Cristobo, Modesto Martínez Pillado, Antonio Ángel Regueiro Martínez

**OBXECTIVOS:**

- Validar a utilización do cuestionario Cambados entre pacientes crónicos maiores de 65 anos que son atendidos en Atención Primaria, detectando aqueles con altas competencias dixitais.
- Establecer unha puntuación do cuestionario para definir estos pacientes con enfermidade crónica e con competencias tecnolóxicas.
- Estudar a adherencia a solucións de Saúde Dixital neste grupo de pacientes (e-senior chronics).

**MATERIAL E MÉTODOS:**

Seleccionar a un grupo de pacientes atendidos en Atención Primaria con enfermidade crónica de recente diagnóstico.

Tamaño mostral: segundo enquisas de poboación, o 70% dos xubilados españois están dixitalizados, co que para un nivel de confianza do 95% e unha precisión do 5% precisaríase un tamaño mostral de 323 pacientes para desenvolver o estudo.

**CRITERIOS INCLUSIÓN:**

- Diagnóstico recente (cando menos un mes) de enfermidades crónicas que precisan atención periódica: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, artrite reumatoidea, insuficiencia renal crónica, EPOC, asma bronquial, lupus, etc.
- Maiores de 65 anos.
- Independientes para ABVD e con capacidade para ler.

**CRITERIOS EXCLUSIÓN:**

- Menores de 65 anos.
- Enfermidade crónica establecida desde hai máis de 10 anos.
- Dependentes para ABVD.

**VARIABLES A ESTUDO:**

- Puntuación do Cuestionario Cambados.
- Variables demográficas: idade, sexo, lugar de residencia, nivel de estudos.
- Grado de adherencia a recursos dixitais axustados á enfermidade crónica do paciente.

**ÁREAS DE COMPETENCIA EVALUADAS NO CUESTIONARIO:**

- Competencias tecnolóxicas
- Relación co sistema sanitario
- Nivel de autoxestión da enfermidade
- Variables relacionadas coa medicación
- Rede de apoio social

**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS ESPERADOS**

- Categorizar ao paciente crónico de idade avanzada como e-senior chronic, é dicir, con maior competencia dixital que os seus conxéneres e maior predisposición para usar solucións de Saúde Dixital.
- Validar o cuestionario como ferramenta para a prescripción de solucións de Saúde Dixital.

**ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS**

Pendente de remitir ao Comité de Ética da Investigación de Galicia.

MULTICÉNTRICO: Non.

FINANCIAMENTO: Non

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN.

# Control del asma en pacientes tratados con la combinación fluticaso-formoterol MDI

Paula Calvo Gómez, Iris González Fernández, Belén Calvo Martínez, Uxío Calvo Álvarez, Coral González Fernández, Francisco-Javier González-Barcala

### OBJETIVO

Comparar el control del asma entre pacientes tratados con fluticaso-formoterol MDI, y los tratados con otras combinaciones de corticoide inhalada -  $\beta$ -2 agonista de larga duración (CI-BALD)

### MATERIAL Y METODOS:

Hemos realizado un estudio transversal multicéntrico, incluyendo de forma consecutiva pacientes con asma tratados en las consultas de asma del Hospital, desde mayo de 2017 a mayo de 2018.

De cada paciente hemos recogido el tratamiento que realizaba, la edad, la gravedad del asma, el cumplimiento terapéutico (escala MARS) y el control del asma según la escala de la Global Initiative for Asthma (GINA).

Hemos estratificado la edad en tres grupos, de 18-44 años, de 45-60 años y mayor o igual de 61 años. La gravedad del asma en intermitente-leve y moderado-grave. El cumplimiento terapéutico en dos grupos, con baja adherencia (4 o menos puntos en la escala MARS), y con buena adherencia (más de 4 puntos en la escala MARS). El control del asma se estratificó en dos grupos, controlados y no controlados (que incluye mal controlados y parcialmente controlados). Mediante regresión logística multivariante calculamos los Odds Ratios (OR) de control del asma en función del tratamiento de mantenimiento, ajustado por el resto de variables incluidas.

### RESULTADOS

Hemos incluido en el estudio un total de 272 pacientes (57.4% mujeres), edad media 45.9 años, el 55.1% bien controlados. El 31.3% estaba tratado con fluticaso-formoterol, y el resto con otras combinaciones. La probabilidad de tener buen control del asma fue superior con la combinación fluticaso-formoterol, con un OR de 1.83 (IC95%: 1.039-3.237).

### CONCLUSION

Con la combinación fluticaso-formoterol podría conseguirse mejor control del asma que con las otras combinaciones de CI-BALD.

### FINANCIACION

MUNDIFARMA.

CEIC. NO

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

# Análisis de la motivación para abandono del tabaquismo en atención primaria.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 52

Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Adalid Maldonado Díaz, Alejandra Martínez Franco, Olaya López Pereiro, Santiago Fernández Blas

## OBJETIVOS

- Analizar la motivación para el abandono del hábito tabáquico.
- Conocer si los médicos de familia (MF) han intervenido en el abandono.
- Describir las características de los fumadores y sus MF.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio prospectivo mediante encuestas telefónicas, en pacientes de un centro de salud urbano con registro de "abuso de tabaco" (CIAP P17), mayores de 15 años.

Tamaño muestral: 265 pacientes necesarios para una prevalencia del 23%, nivel de confianza 95% y precisión 5%.

Variabes de estudio: sexo, edad, características del MF (fumador, turno, tutor), deseo de abandono, intentos previos y solicitud de ayuda.

Estadística: análisis descriptivo mediante SPSS. Variables cuantitativas: frecuencia y porcentaje. Variables continuas: media - desviación estándar. Se realizan pruebas paramétricas/no paramétricas: Chi-cuadrado, T-student, U de Mann-Whitney.

Limitaciones: amenazada la validez externa por un sesgo de selección (muestra limitada).

Aspecto éticos: CEIC 2015/141.

## RESULTADOS

n=276. 52,5% mujeres. Edad  $50,57 \pm 12,40$  años [22-75]. Pacientes: fumador 79,3% (63% quiere dejarlo), 83% ha intentado dejarlo previamente. Médico de familia: 52,5% mujer, 73,6% exfumador (10,5% nunca fumador), 62% turno de mañana, 58,7% no tutor.

La mayor motivación está en pacientes de cupo de médicos exfumadores ( $p=0,05$ ). La mayoría de los exfumadores, no han recibido consejo antitabaco ( $p$ )

No se relaciona la motivación con el sexo de médico ( $p=0,281$ ), su turno de trabajo ( $p=0,429$ ), la condición de ser tutor ( $p=0,274$ ) ni el sexo del paciente ( $p=0,230$ ).

Variable predicadora para el abandono del hábito: no haber recibido consejo antitabaco ( $p$ )

## CONCLUSIONES

- La relación inversa respecto el abandono del hábito y el haber recibido consejo antitabaco lleva a pensar que los pacientes más motivados no piden consejo.
- Actualización escasa de la condición de fumador en historia clínica.

FINANCIAMIENTO: NO

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## O acoso sexual laboral no ámbito de traballo

Lucía Bouza Bellas, Antía Rodríguez López, Lucía Pérez Coello, Ana Regina Lozano Prieto

**OBXECTIVO**

Coñecer a proporción de acoso sexual percibido polos médicos internos residentes da xerencia

**MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo transversal mediante cuestionario autoadministrado remitido en 2 ocasións a todos os MIR da xerencia, N=264 (65,91% mulleres, 34,09% homes). Nas variables mediuse o acoso sexual definido como calquera acción non desexada de contido sexual, sexa por visualización de pantallas, piropos, miradas, bromas, invitacións, contacto físico, ameazas ou intento de violación. Tamén se observou quen fai o acoso, a resposta da persoa acosada, se isto lle ocorreu na etapa de estudante universitario, se foi testemuña dalgún acoso e como actuou, a valoración do interese mostrado polo sergas ante este problema e se lle gustaría recibir información sobre esta materia.

Na análise, co SPSS 20, utilízase distribución de frecuencias, Intervalo de confianza, KS e test de Fisher.

**RESULTADOS**

A taxa de resposta foi do 43,56% (76,5% mulleres e 23,5% homes, estes infrarrepresentados). O 80,9%(IC95%:72-87%) recibiu algún

tipo de acoso sexual, dos cales o 78,5% son mulleres, sen diferenza por xénero. O tipo de acoso máis frecuente foron os piropos/comentarios (74,2%) seguido de bromas (64,5%), miradas/xestos (46,2%) e contacto físico (26,1%) quedando invitacións ou cartas nun 2,2%. O 42,6% foi producido por un superior xerárquico e o 36,2% por persoas alleas á empresa. O 95,7% non o denunciaron nin pediron axuda. O 70,5% da mostra foi acosada na universidade, sen diferenza de xénero. Ao 91,2% gustaríalle recibir información sobre este problema e á maioría (51,2%) en formato curso ou charla. A media de puntuación (nunha escala de 0 a 10) do interese do sergas por este problema é de 3,3(media 3, rango 9).

**CONCLUSIÓN**

O acoso sexual ao MIR é un problema moi frecuente nesta xerencia. Puntúase baixo o interese mostrado polo sergas e á maioría dos MIR gustaríalles recibir información sobre esta materia.

FINANCIAMENTO: NO

CEIC: NO

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Morbilidad y percepción de la salud. Estudio de una cohorte de ancianos.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 54

Rosa Belen Pérez Ramos, Silvia García Saiz, Maria Soledad Diaz-Rivavelarde Arozamena, Maria José Varela Estévez, Teresa Pedrido Fernández, Maria José Fernández Domínguez

### OBJETIVO

Conocer la morbilidad, percepción de salud y grado de incapacidad generado por la morbilidad en una cohorte de ancianos.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo, seguimiento a ocho años.

Sujetos: Cohorte de 150 personas mayores de 65 años evaluadas previamente en 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, bivalente, 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 80,9 años (IC95%:79,8-82) y el 63,6% (IC95%:53-74,3) fueron mujeres.

Su salud percibida se concentra en valores medios (buena 46,1% (IC 95%: 34,2; 57,9) y regular 43,4% (IC 95%: 31,6; 5). Al final del periodo, la valoración del grado de impedimento que generan sus problemas de salud empeora significativamente (p

Las enfermedades que generaron mayor incapacidad en 2009 fueron los reumatismos igual que en 2001 y problemas de ojos, a diferencia del 2001 donde se produce un aumento significativo del menor grado de incapacidad con diferencia de porcentajes 12,7% (IC 95%: 1,9;23,4). Observamos descenso significativo en el mayor grado de incapacidad referido al dolor de cabeza con diferencia inicial y final -8,9% (IC 95%: -17,8;-1.3) y en enfermedades de boca con descenso significativo respecto a la no interferencia con la vida con diferencia del 13,9% (IC 95%: 3;24,9).

Presentan incontinencia urinaria el 18,1% (IC 95%: 9,2;26,9) de la cohorte del 2009, superior al 2001 (13,2% (IC 95%: 5,3;21,1) sin significación (p=0,42).

### CONCLUSIONES

La salud es percibida como buena-regular en ambos periodos con empeoramiento significativo del grado de impedimento de sus enfermedades, aumentando su polipatología.

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

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

# Papel de la ecografía carotídea en la reclasificación del riesgo cardiovascular de sujetos de riesgo intermedio en atención primaria

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 55

María Bizarro Fernández, Manuel Domínguez Sardiña, Paula Dopico Lorenzo, Silvia Salazar Nava Morales.

## OBJETIVO

Evaluar si la detección de aterosclerosis subclínica, mediante la detección de placa carotídea por ecografía en atención primaria, permite cuantificar el número de pacientes a los que se reclasificaría su riesgo cardiovascular, en comparación con las exploraciones complementarias usadas de manera tradicional en atención primaria.

## MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño: Estudio observacional transversal
- Emplazamiento: Tres cupos médicos de un Servicio de Atención Primaria de Vigo (Pontevedra).
- Participantes: Un total de 231 pacientes.
- Análisis estadístico: Análisis con datos basales descriptivo, bivariante y multivariante con SPSS 22.0
- Método: Se identificó y estudió a pacientes que presentaban riesgo cardiovascular intermedio según la fórmula SCORE. Se les realizó una exploración física y se utilizaron pruebas complementarias estándar para detectar lesión en órgano diana (analítica sanguínea, índice albumina creatinina, electrocardiograma) y mediante el sistema de evaluación vascular "VaSera" se evaluó el índice tobillo- brazo (ITB) y la rigidez arterial (RA). Se exploró mediante ecografía las arterias carótidas común, bulbo e interna de ambos lados y se midió el grosor íntima-media en la carótida común a nivel de bifurcación, para identificar la presencia de placa ateromatosa.

## RESULTADOS

De los 231 pacientes incluidos en el estudio, 39 (16,9 %) presentan placa carotídea, 28 pacientes (12,7 %) rigidez arterial medida por CAVI y 25 pacientes (10,8%) presentaron Lesión de órgano diana (hipertrofia ventricular, la presencia de albuminuria o ITB alterado).

De los 81 pacientes que tendrían un riesgo superior al indicado por las tablas de riesgo, casi la mitad, el 48,1%, solo los detectaríamos haciendo una eco carotídea y si asociáramos un método como el CAVI para evaluar la rigidez arterial este porcentaje se aumentaría al 75 %. Esto supone un incremento del 18,5 % para la detección de placa con eco carotídeo.

## CONCLUSIÓN

La realización de ecografía de carótida en atención primaria es una herramienta válida para reclasificar a nuestros pacientes con RCV intermedio calculado por SCORE, cambiando de forma significativa su objetivo control y manejo terapéutico.

**FINANCIAMIENTO:** Declaramos que no existen conflictos de intereses y no hemos recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro

CEIC Este estudio fue aprobado por el Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia (código de registro 2017/446)

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## ¿Hacemos algo con la violencia de género?

Helena Alonso Valencia, Alicia García García, Rocío Estévez Domínguez, Julia Bóveda Fontán

### OBJETIVO

Conocer la actuación de los profesionales de atención primaria en nuestro centro de salud ante casos documentados de violencia de género.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Salud urbano

Criterios de selección: Pacientes con registro de violencia de género en historia clínica electrónica.

Revisión de historias clínicas con uno o más episodios bajo los códigos Z25 (Problemas derivados de la violencia/agresiones), Z29 (Otros problemas sociales) y Z13 (Problemas con la conducta de la pareja) de la Clasificación Internacional de Atención Primaria. Se recogieron datos referentes a episodios registrados y actuación del profesional.

Se tomó como referencia de actuación la "Guía Técnica de Atención a las mujeres en situación de violencia de género", publicada en nuestra comunidad autónoma en 2009.

### RESULTADOS

Se seleccionaron 62 historias clínicas electrónicas de mujeres mediante los códigos referidos. Tres casos fueron rechazados por falta de datos o no concordar con la definición de Violencia de Género.

De las 59 historias restantes, arrojamos los siguientes resultados: La edad media de las víctimas en la primera agresión era de 39,85 años. En 52,54% casos se registraron agresiones repetidas. El 77,97% fueron agresiones por parte de la pareja actual. Mayormente atendidas en Punto de Atención Continuada (62,71%). Fueron derivados a Urgencias 5 casos. El seguimiento por médico/a de Atención Primaria fue escaso (28,81%). Las recomendaciones de ayuda fueron ofrecidas en el 23,73%.

### CONCLUSIONES

Según lo observado, se indaga poco en la entrevista; si bien existen indicativos de que la violencia de género se esconde bajo diversos motivos de consulta. Se registra con poca uniformidad interprofesional, bajo distintos CIAP. En nuestro estudio, los médicos de Atención Primaria apenas informan a las pacientes acerca de los recursos disponibles y que pueden servir de apoyo en estas situaciones.

FINANCIAMIENTO NO

CEIC NO

## 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, multitabizada 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) Duloxetine 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 Duloxetine.

## 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 móbil, 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.

**CONCLUSIÓNS**

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 Servizo 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 Servizo 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)  
Pág. 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); analxesia 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, servíume 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 menton) 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 intervidos 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 disimetrías 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 linfocitario, 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. Solicitase 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. Recomendán 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.

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  $\beta$ -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 la 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: pCO<sub>2</sub> 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  
Ano 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 SatO<sub>2</sub> 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. pO<sub>2</sub> 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 palpacións, 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)  
Pág. 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)  
Páx. 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 Maria 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 Cedrón 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.

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

## CASOS CLÍNICOS

# A tos dun retornado

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

### 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 O<sub>2</sub>: 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 puídesse estar en relación cun tenue infiltrado e dudosas opacidades nodulares. 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: citoloxía 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: hipofonésis en campos superiores e crepitantes bibasais. Novo TACAR: a maiores bronquiectasias e bronquiolectasias de tracción.

Tratamiento: O<sub>2</sub> 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

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 96

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 Urgencias, 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. SatO<sub>2</sub>: 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 nauseas 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

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

Katia Vázquez Álvarez

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

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)  
Páx. 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 SpO<sub>2</sub> 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 diarreas 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

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

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

**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  $\geq 200$  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, recalando 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 desenvolto, 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

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 descriptivo 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 descriptiva 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 etioloxía 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.

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

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

# STOPP/START

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, polimedicación ( $\geq 4$  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 polimedicación ( $p=0,023$ ); 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)  
Páx. 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

## Reflexiones

Luis A Masa Vázquez<sup>1</sup>.

1 JEFE DE SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA Y RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL CHUS

Pocas veces nos damos cuenta, a lo largo de nuestra vida, de la enorme fragilidad que vamos arrastrando con el transcurso de los días. La muerte siempre la vemos muy de lejos, y siempre la muerte del otro, no la nuestra.

Los que nos dedicamos al mundo de la medicina sabemos muy bien que de la muerte poco o nada se habla durante el periplo universitario de la carrera. Nos estamos formando para "curar" y , ya licenciados, nos formamos en las múltiples y diferentes especialidades en más de lo mismo.

La muerte es algo inevitable que no va con nosotros, es otra cosa. Pero con el paso del tiempo y cuando la sombra de la jubilación nos amenaza, nuestros conceptos van cambiando. Poco a poco vamos reconociendo nuestros "fracasos curativos" y, también progresivamente, vamos aceptando un devenir que no es otro que el de los demás mortales.

Algunos, con el paso de los años, tras comprender que las publicaciones médicas de aquellos casos excepcionales, por

infrecuentes, tienen el valor que tienen, hemos ido aproximándonos más hacia el cuidar que hacia el curar y con nuestra nueva visión de la medicina tratamos de buscar esa "hoja roja" que en la novela del genial Miguel Delibes<sup>1</sup> marca la cercanía del final de una vida.

En ese empeño ando yo metido, y mientras reconozco la hoja roja de mis pacientes para iniciar medidas exclusivamente de cuidados y confort, trato de no mirar mi propio librito de liar cigarros, aunque al final la realidad se impone. Este año ya me he vacunado, no sólo contra la gripe, también contra el neumococo.

¡¡ Mi hoja roja se aproxima!! Solamente espero que en su momento algún colega se acuerde que casi siempre vale más cuidar que curar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. "La hoja roja". Miguel Delibes. Novela literaria. Edit Destino; 1959

# AGAMFEC

## estrea nova web

**AGAMFEC**  
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

**O PRIMEIRO: NON FACER DANO**  
XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA  
14-15 NOVEMBRO - HOTEL TALASO LOUXO LA TOJA - ILLA DE A TOXA - PONTEVEDRA

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓN S CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS App de Agamfec - hai 1 día

AGAMFEC-SEMFYC

**PACAP**

XVI PREMIO SEMFYC  
Agamfec - 2 Agosto 2014

**Convocatoria XVI premios semFYC PACAP**

App de Agamfec

Únete a noso grupo en Facebook

4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar e Comunitaria

Convocatoria premios semFYC

Expansión África

Asóciate a AGAMFEC

Actividades

Foros

Revista CADERNOS

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓN S CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS Convocatoria XVI premios semFYC PACAP - 2 Agosto 2014

**Tódolos eventos/actividades**

Atopar actividades/eventos

Preto...

26 Setembro, 2014

Curso de soporte vital avanzado cardio-traumatolóxico

HOSPITAL MONTECELO (PONTEVEDRA), Pontevedra Pontevedra

14 Novembro, 2014

O Grove Pontevedra

**Grupos de traballo**

Os grupos de traballo de Agamfec, son xunto coas vocales, a alma da nosa sociedade. Son os seus membros os que fan a investigación, o ensino, e toman o pulso ás novas demandas dos cidadáns e da nosa profesión, a buscan estratexias para actualizar coñecementos e habilidades para manterse ó día e continuar a servir a poboación. Formar parte dun grupo de traballo permíteche poñer en común experiencias con outros profesionais que teñen, dentro da medicina de familia, intereses comúns. Estes intereses levaron á creación de novos estilos de vida. Se vostede está interesado en participar nun grupo de traballo so ten que enviar un correo electrónico o coordinador do mesmo. Se o que queres é crear un novo grupo, póñase en contacto co coordinador de grupos (grupos@agamfec.com), non esqueza ler as normas dos grupos de traballo.

Descargar as normas de funcionamento dos Grupos de Traballo

Responsable dos grupos de traballo:  
Rosana Izquierdo Fernández, Médico de familia, Centro de saúde de Conxo, Vigo

Volume 19

- Grupo de traballo de Enfermidades respiratorias e aboraxas ao tabaquismo
- Actividade física e saúde
- Alcoholismo
- Alimentación e nutrición
- Atención á muller
- Ciruxía menor, dermatoloxía e vendaxes funcionais

CADERNOS

Volume 19 nº 1

Volume 19 nº 2

Volume 19 nº 3

Volume 19 nº 4

máis actualidade · máis información · máis participación