

Evaluación de las comunicaciones de las XXIV Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Páxs. 45-51

M^a José Fernández Domínguez, María José Varela Estevez, Rosa Belen Pérez Ramos,
Marisol Aira Quintela, Trinidad Gamarra Mondelo, Antón Núñez-Torrón Núñez

MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LAS XXIV XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

En las XXIV Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria celebradas en Pontevedra el 17 y 18 de septiembre de 2021 se han presentado 48 comunicaciones.

La evolución del número de comunicaciones a lo largo del periodo desde el año 2007 hasta el 2021, se muestra en la figura 1. Como observamos en este año ha habido una disminución en el número, pero aún así y después de un año de pandemia y de casi colapso de la atención primaria, creemos que ha sido todo un éxito el número de comunicaciones enviadas. El esfuerzo de los médicos de familia para seguir manteniendo la actividad investigadora en este tiempo de sobrecarga de trabajo en los centros de salud es innegable. Resaltar que no se ha tenido que denegar ninguna comunicación en este año.

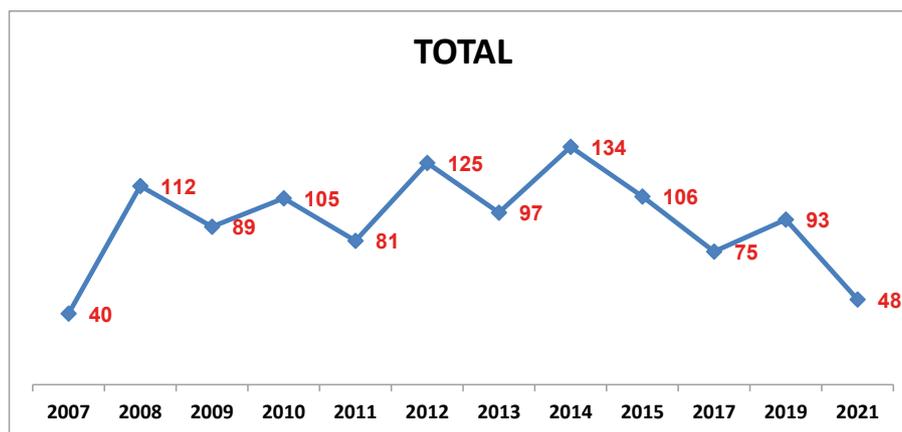


Figura 1. Evolución de las comunicaciones presentadas a las Xornadas Galegas. Periodo 2007-2021

Presentamos en la figura 2 la evolución del tipo de comunicación enviadas a lo largo del mismo periodo antes reflejado.

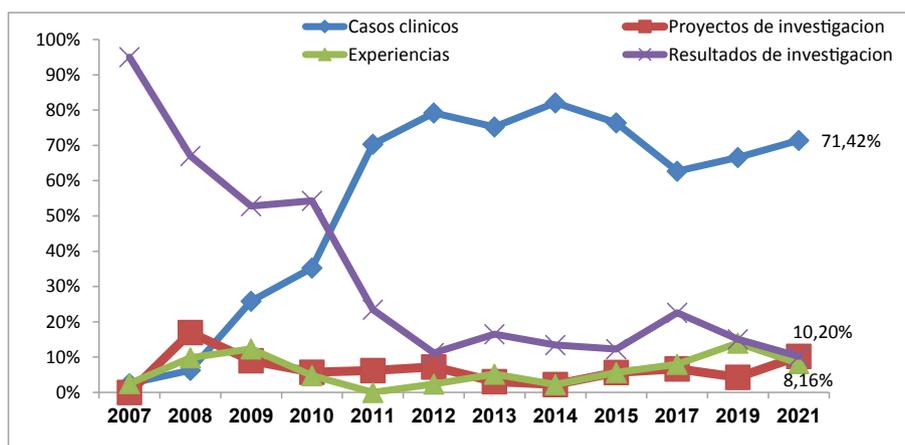


Figura 2. Tipo de comunicaciones presentadas a las Xornadas Galegas. Periodo 2007-2021 (los porcentajes corresponden a las comunicaciones de las últimas Xornadas)

Observamos que, desde el año 2009, donde el comité científico decidió no solo admitir resultados de investigación, proyectos de investigación y comunicación de experiencias, como tradicionalmente se venía haciendo, sino también casos clínicos, con el objetivo de incrementar la participación de los profesionales en las Xornadas Galegas (aunque en el año anterior se admitieron 7 casos clínicos por decisión del comité con el mismo interés que ya se definió en el año posterior). Esto ha supuesto que posteriormente el tipo de comunicación presentada fuera mayoritariamente los casos clínicos, fenómeno que se repite en todos los congresos y jornadas nacionales, no sólo de medicina de familia sino también de otras especialidades. Como se observa el número, tanto de proyectos de investigación como de comunicación de experiencias, se mantiene estable a lo largo de todo este periodo de 14 años. Lo que sí han descendido son los resultados de investigación que se estabilizaron desde el 2012 hasta hoy; somos conscientes de la mayor dificultad y trabajo que exige este tipo de comunicación y esperamos que se recuperen en un futuro, contando con el apoyo tanto de las instituciones como nuestros gestores para recuperar la actividad investigadora, más si cabe, en los centros de salud, dado que la investigación es la excelencia de todo sistema.

Como puede verse en la figura 2, en la que se muestra el porcentaje de los tipos de comunicación presentado en estas Xornadas, tanto los proyectos como los resultados de investigación demuestran el mismo porcentaje (10.20%)

La distribución de comunicaciones por provincia se muestra en la figura 3, donde se objetiva que la provincia con mayor participación ha sido la de Pontevedra, quizás debido a ser la sede de las xornadas, como habitualmente ocurre.

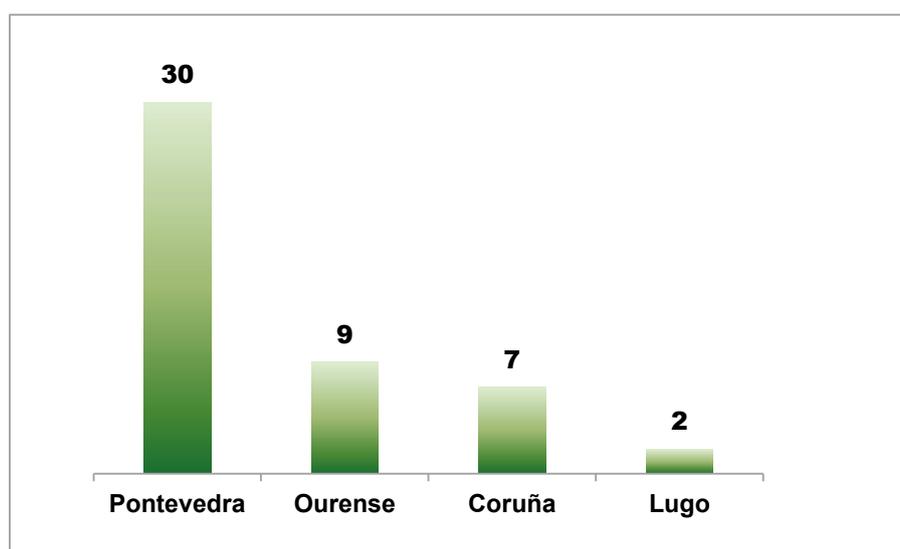


Figura 3: Distribución de comunicaciones presentadas por provincia.

Las normas de evaluación de los resultados de investigación contemplan originalidad, interés para el médico de familia (MF) y metodología; para los proyectos de investigación, los descritos anteriormente además de la aplicabilidad de los resultados esperados, multicentricidad y financiación; para las experiencias, la originalidad, interés, aspectos ético -legales, objetivos, claridad explicativa, conclusiones y aplicabilidad a otros centros; y por último en los casos clínicos se valora la originalidad, interés para la medicina de familia, si consta el consentimiento del paciente, presentación y desarrollo. Destacar que desde el año 2017 los criterios de evaluación de las comunicaciones en las xornadas son los mismos que los del congreso de la SEMFYC y que por lo tanto son los mismos en las 17 sociedades federadas de SEMFYC. Tablas 1-4.

Cada comunicación ha sido evaluada por los miembros del comité científico, que se han distribuido por parejas y han consensuado sus puntuaciones. La metodología empleada ha sido la definida previamente.

El 20,4% se han presentado orales y el 79,6% en forma de posters que este año se han impreso y presentado en paneles en la sede de las Xornadas.

Se han otorgado premios a las mejores comunicaciones orales (1º y 2º premio), y a los mejores casos clínicos (1º y 2º premio).

Esperamos y deseamos que en las próximas Xornadas aumente el número de comunicaciones enviadas, aunque, como hemos comentado, sabemos de la tremenda dificultad para el desarrollo de la actividad investigadora en la actual "sobrepasada" atención primaria, y aunque somos conocedores del desarrollo de varios proyectos de investigación tanto nacionales como europeos que se están realizando en varios centros de salud gallegos, el médico de familia actualmente ya no es que sea un héroe, si tiene tiempo para investigar es un ser de otro planeta.

FICHAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
<p>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado. • Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria. • El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio. • Estudio con financiación externa en el que no consta la procedencia. • No consta la autorización del CEI o de la CI institucional.
<p>Originalidad:</p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto). 1: poco original (tema conocido con apenas novedades). 2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso). 3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido). 4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>
<p>Interés para la Medicina de Familia y/o la Atención Primaria:</p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria). 1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local). 2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria). 3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria). 4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>
<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables. 1: parcialmente definidos, poco claros. 2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p> • Diseño: <p>0: no se define, no es adecuado a los objetivos; sujetos y/o variables y/o análisis no definidos. 1: poco adecuado para los objetivos, escasa definición de variables y/o sujetos y/o análisis. 2: bastante adecuado; variables, sujetos y análisis bastante definidos. 3: diseño bien definido en todos sus aspectos y adecuado para los objetivos. 4: diseño excelente.</p> • Resultados: <p>0: no claramente presentados, inadecuados, no se corresponden con los objetivos. 1: alguna incorrección que no invalida las aportaciones del estudio. 2: claros, pertinentes, precisos, bien definidos y adecuados a los objetivos.</p> • Conclusiones: <p>0: no se presentan, no se derivan de los resultados, no corresponden a los objetivos y el diseño. 1: parcialmente definidas, poco claras, alguna no ajustada a los objetivos, diseño o resultados. 2: claras, precisas, adecuadas a objetivos, diseño y resultados.</p>
<p>TOTAL</p>

TABLA 1. Evaluación de resultados de investigación.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACION	
<p>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado. • Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria. • El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio. • No ha solicitado la autorización al CEI o a la CI correspondiente. 	
<p>Originalidad:</p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).</p> <p>1: poco original (tema conocido con apenas novedades).</p> <p>2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).</p> <p>3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).</p> <p>4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>	
<p>Interés para la Medicina de Familia y/o la Atención Primaria:</p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>1: poco interesante (escaso interés o solo es interesante en el ámbito local).</p> <p>2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>	
<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables.</p> <p>1: parcialmente definidos, poco claros.</p> <p>2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p> • Diseño: <p>0: no se define, no es adecuado a los objetivos; sujetos y/o variables y/o análisis no definidos.</p> <p>1: poco adecuado para los objetivos, escasa definición de variables y/o sujetos y/o análisis.</p> <p>2: bastante adecuado; aspectos de variables, sujetos, etc.</p> <p>3: diseño bien definido en todos sus aspectos y adecuado para los objetivos.</p> <p>4: diseño excelente.</p> 	
<p>Aplicabilidad de los resultados esperados</p> <p>0: no aplicables en el ámbito de Atención Primaria.</p> <p>1: aplicabilidad parcial en el ámbito de Atención Primaria.</p> <p>2: totalmente aplicable en el ámbito de Atención Primaria.</p>	
<p>Multicéntrico.</p> <p>0: no.</p> <p>1: sí.</p>	
<p>Financiado</p> <p>0: no/con financiación de convocatorias no competitivas.</p> <p>1: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación autonómica.</p> <p>2: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación nacional.</p> <p>3: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación internacional.</p>	
<p>TOTAL</p>	

TABLA 2. Evaluación de proyectos de investigación.

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS

<p>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado. • Experiencia no relacionada con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria. • El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio.
<p>Originalidad:</p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).</p> <p>1: poco original (tema conocido con apenas novedades).</p> <p>2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).</p> <p>3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).</p> <p>4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>
<p>Interés para la Medicina de Familia o la Atención Primaria:</p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local).</p> <p>2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>
<p>Aspectos ético-legales:</p> <p>0: No consta autorización por parte de los pacientes en el caso de que estos participen en la experiencia.</p> <p>1: Consta autorización por parte de los pacientes en el caso de que estos participen en la experiencia.</p>
<p>Objetivos:</p> <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables.</p> <p>1: parcialmente definidos, poco claros.</p> <p>2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p>
<p>Claridad explicación:</p> <p>0: confuso, poco claro, mal definido.</p> <p>1: parcialmente claro, algunos aspectos confusos.</p> <p>2: claro y bien definido.</p>
<p>Conclusiones:</p> <p>0: no se presentan, no se derivan de los resultados.</p> <p>1: parcialmente definidas, poco claras, alguna no ajustada a resultados.</p> <p>2: claras, precisas, adecuadas a objetivos y resultados.</p>
<p>Aplicabilidad a otros centros</p> <p>1: difícil, pero posible repetir la experiencia en algún otro centro.</p> <p>2: fácilmente aplicable a otros centros.</p>
<p>TOTAL</p>

TABLA 3. Evaluación de comunicaciones de experiencias.

FICHA DE EVALUACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

<p>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado. • El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio. • Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia. <p>(Observación aclaratoria: cuando el médico de familia no tiene una contribución determinante en la orientación que se presenta del caso clínico.)</p>
<p>Originalidad:</p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).</p> <p>1: poco original (tema conocido con apenas novedades).</p> <p>2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).</p> <p>3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).</p> <p>4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>
<p>Interés para la Medicina de Familia o la Atención Primaria:</p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local).</p> <p>2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>
<p>Aspectos ético-legales:</p> <p>0: No consta autorización por parte de los pacientes.</p> <p>1: Consta autorización por parte de los pacientes.</p>
<p>Presentación:</p> <p>0: presentación inadecuada del caso.</p> <p>1: presentación aceptable del caso.</p> <p>2: presentación adecuada del caso.</p>
<p>Desarrollo:</p> <p>Descripción:</p> <p>0: no se especifica claramente el proceso para establecer diagnóstico y/o el plan de tratamiento del caso.</p> <p>1: falta algún dato del proceso diagnóstico individual, familiar y/o comunitario imprescindible para comprender el caso.</p> <p>2: falta algún dato del proceso diagnóstico individual, familiar y/o comunitario no imprescindible para comprender el caso.</p> <p>3: se especifica claramente el proceso para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento del caso.</p> <p>Juicio clínico:</p> <p>0: no se deriva de forma lógica como consecuencia del proceso diagnóstico.</p> <p>1: derivado como consecuencia lógica de la secuencia diagnóstica descrita.</p> <p>Conclusiones y aplicabilidad en la Medicina de Familia:</p> <p>0: no están claramente presentadas, son inadecuadas o no se corresponden con los datos de la hipótesis clínica presentada.</p> <p>1: hay alguna incorrección, pero no invalida el resto.</p> <p>2: claras, precisas, adecuadas al contenido y a las actuaciones desarrolladas en el caso.</p>
<p>TOTAL</p>

TABLA . Evaluación de casos clínicos.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

1º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

Validación de modelos predictivos de cáncer colorrectal basados en la concentración de HB fecal en atención primaria: resultados preliminares

Beatriz López Gómez, Iria Tojo Artos, Nerea García-Verdugo Jiménez-Eguizabal, Pedro Castro Fernández, Joaquín Cubiella Fernández, Teresa Seoane Pillado

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 52

OBJETIVOS Y APLICABILIDAD

Validar los modelos predictivos COLONPREDICT y FAST para la detección del cáncer colorrectal (CCR) en población sintomática atendida en Atención Primaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico prospectivo observacional que incluye pacientes con síntomas digestivos atendidos en Atención Primaria de nuestra Área Sanitaria.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Se incluyeron individuos >18 años que consultaron por síntomas digestivos de >2 semanas de duración en Atención Primaria de nuestra Área de Salud. La muestra obtenida es de 346 pacientes.
- **MEDICIONES E INTERVENCIONES:** Una vez obtenido el consentimiento informado, se recogieron como variables independientes: hallazgos de la exploración anorrectal, concentración de Hb en heces y plasma, y concentración de antígeno carcinoembrionario (CEA). La variable dependiente es la presencia de CCR confirmado histológicamente 1 año tras la consulta inicial, que se identificó a partir del historial clínico y el Registro Gallego de Tumores.

La actitud diagnóstica ante los pacientes atendidos ha seguido los protocolos ya establecidos con independencia del estudio.

- **ANÁLISIS:** Para evaluar la calibración del modelo predictivo basado en las variables recogidas respecto a los pre-existentes, se realizará un test de Hosmer-Lemeshow. En caso de disparidad en la predicción de la variable dependiente, se recalcularán los coeficientes de regresión de cada una de las variables independientes.

ASPECTOS ETICO-LEGALES Y FINANCIACIÓN

Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado previamente a su inclusión. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Pontevedra, Vigo y Ourense con fecha 28 de julio de 2016 (Nº EXP: 2016/274).

RESULTADOS

Un primer análisis de la muestra obtenida describe un 53% de mujeres respecto a 47% varones. En cuanto a los síntomas predominantes en la consulta de A.P., el 46% consultaron por alteraciones del hábito intestinal, el 23% por rectorragias, un 20.6% por dolor abdominal, y el resto por síndrome general (0.79%), anemia (7.9%) o síntomas anales como dolor o tenesmo (1.6%).

El 5.3% de los sujetos fallecieron antes del final del estudio, y casi al 15% se les realiza una colonoscopia durante el periodo de seguimiento debido a indicación derivada de síntomas y exploración física (siguiendo los protocolos vigentes en nuestra comunidad). De ellos presenta un resultado anormal el 64%, de los cuales un 11% presentaron un adenoma avanzado (>10mm, vellosos o con displasia de alto grado).

CONCLUSIONES

Las mujeres con alteraciones del ritmo intestinal y detección de adenomas en la colonoscopia constituyen el perfil inicial de los pacientes de nuestro estudio.

Para este proyecto se concedió una beca FIS del Instituto de Salud Carlos III con expediente número P117/00837.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Manejo compartido de la patología digestiva entre atención primaria y digestivo: motivación y utilidad de la e-consulta

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 53

Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Pedro Castro Fernández, María Isabel Gómez Fernández, Eloy Sánchez Hernández, Joaquín Cubiella Fernández

OBJETIVO

Las estrategias de manejo compartido en patología digestiva, basadas en la e-consulta y en protocolos conjuntos, pueden incrementar la eficiencia de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, se desconoce la motivación y la utilidad de la e-consulta en nuestro medio. El objetivo de este estudio es analizar los motivos de solicitud de las consultas no presenciales, la respuesta a las mismas y la actuación posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en nuestra área sanitaria en la que se evaluaron las e-consultas realizadas en enero 2019. Se recogieron las variables demográficas del paciente, el motivo de consulta (diagnóstico, manejo y/o revisión), la respuesta (diagnóstico, manejo y/o derivación/revisión) y la recomendación realizada (analítica, endoscopia, prueba de imagen, tratamiento) y si ésta se llevó a la práctica.

RESULTADOS

Se analizaron 270 consultas (3,7% perdidas). La edad media de los pacientes fue de 59 años (DE 1,2) y el 54,5% eran mujeres. La e-consulta se realizó para evaluación diagnóstica en el 72,1%; para manejo en el 19,7% y para revisión en el 21,3%. El especialista en aparato digestivo estableció una recomendación diagnóstica en el 68,4%, evaluación del tratamiento en el 20,5% y derivación o revisión en el 41,4% de los casos. El especialista recomendó realizar un estudio analítico en el 17,6% (81,4% realizadas), una endoscopia en el 29,5% (81,9% realizadas), una prueba de imagen en el 9% (86,4% realizadas) y un tratamiento en el 13,5% de los casos (48,5% realizado).

CONCLUSIONES

La mayor parte de las e-consultas realizadas por los médicos de familia son relativas al proceso diagnóstico y no contienen únicamente un motivo de consulta. Las recomendaciones de los gastroenterólogos referidas a las pruebas complementarias son llevadas a cabo en gran parte de los casos, siendo el cumplimiento más escaso en relación a los tratamientos.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Asociación entre la participación en actividades preventivas. Estilos de vida y cribado de cáncer colorrectal

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 54

N. García-Verdugo Jiménez-Eguizabal, M. Menéndez Rodríguez, N. García Morales, B. López Gómez, C. Menéndez Villalba, J. Cubilleta Fernández, T. Seoane Pillado

OBJETIVOS

La participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) es clave en la efectividad de esta estrategia preventiva. Aunque se recomienda que supere el 65% de la población invitada, en nuestro país la participación se sitúa en el 58%. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los estilos de vida y la participación en actividades preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico de casos (n=248) y controles (n=194) realizado en tres centros de salud.

Se consideraron casos aquellos individuos que tenían registrada en la historia clínica electrónica su participación. Se analizó el efecto de las variables sociodemográficas, antecedentes de neoplasias y participación en otras estrategias preventivas en la participación en el programa.

Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas y determinamos si existían diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba de Chi-cuadrado y el test de Student.

RESULTADOS

La edad media fue de 59.4 ± 5.2 años; el 54.8% eran mujeres, el 74.4% no fumaban y el 25.5% eran abstemios. El 58.9% tenían estudios universitarios y el 43.8% trabajaban como gerentes o profesionales liberales. Respecto a las variables clínicas, tenían antecedentes personales de neoplasias el 11.0%, el 20.0% antecedentes familiares de CCR y un 55.5% antecedentes familiares de otras neoplasias. Participaron en la campaña de vacunación antigripal el 32.5%, un 95.9% de las mujeres realizaron mamografías y un 78.8% citologías de cérvix. En el análisis bivariado, los pacientes que participaron en el cribado de CCR fueron significativamente de mayor edad (casos=60.33, controles=58.33 años; OR=1.08, IC95%=1.04-1.12), participaron más en las campañas de vacunación antigripal (casos=39.5%, controles=22.8%; OR=2.21, IC95%=1.42-3.43) y, en el caso de las mujeres, realizaron más mamografías (casos=100%, controles=91.9%; $p=0.001$).

CONCLUSIONES

La participación en el programa poblacional de cribado de CCR se asocia con la mayor edad y con la participación en otras estrategias preventivas.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Relación entre variables sociofamiliares y la participación en un programa poblacional de cribado de cancer colorectal

Nerea Garcia-Verdugo Jimenez-Eguizabal, Martín Menéndez Rodríguez,
Natalia García Morales, Luis Menéndez Rodríguez, Bea López Gómez, Joaquín Cubiella Fernández

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 55

OBJETIVOS

La participación en los programas de cribado de cáncer colorectal (CCR) es clave en la efectividad. Aunque se recomienda que supere el 65%, en nuestro país la participación es del 58%. El soporte sociofamiliar es una variable protectora y queremos analizar su efecto en el cribado de CCR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico de casos (n=248) y controles (n=194). Recogimos 77 variables y las que presentaban significación estadística en un análisis bivariante se introdujeron en un modelo de regresión logística.

RESULTADOS

Edad media 59.4±5.2 años, 54.8% mujeres, pareja estable el 72.1%, 75.1% de los individuos pertenecían a una familia nuclear. Media de contactos sociales 10.3±7.8, el 31.4% presentaban redes sociales medias o bajas, el 19.9% tuvo AVE de alto impacto, el 23.9% refería sentirse ansioso/deprimido y el 78.9% afirmaba que las decisiones importantes de la familia se tomaban en conjunto. Detectamos una asociación estadísticamente significativa entre la adhesión al programa con la edad (casos=60.33, controles=58.33 años; OR=1.08, IC95%=1.04-

1.12), tener pareja estable (casos=78.6%, controles=63.2%; OR=2.14; IC95%=1.38-3.32), vivir en una familia nuclear (casos=79.8%, controles=68.4%; OR=1.73; IC95%=1.09-2.72), tener una red social amplia (casos=74.3%, controles=60.8%; OR=1.86, IC 95%=1.22-2.84), sentirse ansioso/deprimido (casos=20.2%, controles=29.2%; OR=0.61, IC 95%=0.38-0.96), tener siempre alguien que les lleve al médico (casos=77.6%, controles=63.5%; OR=2.68, IC 95%=1.21-5.98) o tener AVE de alto impacto (casos=15.2%, controles=26.5%; OR=0.49, IC 95%=0.30-0.81). En el análisis multivariante, las variables que se asociaron de forma independiente con la participación en el programa de cribado fueron la edad (OR=1.05, IC 95%=1.01-1.1), tener pareja estable (OR=1.82, IC 95%=1.15-2.88), una red social amplia (OR=1.71, IC 95%=1.1-2.66) y tener alguien que les lleve al médico (OR=1.59, IC 95%=1.01-2.66).

CONCLUSIONES

Encontramos una relación independiente entre la participación en los programas poblacionales de cribado de CCR y diversas variables sociofamiliares a tener en cuenta en el diseño de estrategias para incrementar la adhesión.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Manejo compartido de la patología digestiva entre atención primaria y digestivo: satisfacción de los médicos de familia con la e-consulta

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 56

Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Pedro Castro Fernández, María Isabel Gómez Fernández, Eloy Sánchez Hernández, Joaquín Cubiella Fernández

OBJETIVO

Las estrategias de manejo compartido en patología digestiva, basadas en la e-consulta y en protocolos conjuntos, pueden incrementar la eficiencia de los procesos diagnósticos y terapéuticos. El objetivo del estudio es analizar la satisfacción de los MF con la e-consulta en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal basado en encuestas anónimas. Se envió mediante correo electrónico corporativo una encuesta de satisfacción a los MF del área (254 cupos). Se recogió edad, tamaño del cupo, ámbito de trabajo, si tenían docencia y el número de e-consultas realizadas anuales. La encuesta de satisfacción (escala Likert de 1 a 5) evaluaba facilidad, tiempo de respuesta, utilidad, eficacia y satisfacción global. Realizamos un análisis descriptivo global y determinamos si existían diferencias en la satisfacción en función de las características de los médicos usando el test de Chi-cuadrado y la prueba de Kruskal-Wallis

RESULTADOS

Recibimos 63 encuestas (24%). El 60% de los médicos tenían más de 55 años, el 71% realizaban entre 20-100 e-consultas/año; el 50% trabajaban en el rural y el 82,3% eran docentes. Las puntuaciones en las diferentes dimensiones de la encuesta fueron: facilidad de solicitud=4,4/5 (DE 0,6); tiempo de espera=4,4/5 (DE 0,6); facilidad de encontrar respuesta=4,3/5 (DE 0,7); utilidad de la información=4/5 (DE 0,8); derivación del paciente=3,8/5 (DE 1,1) y satisfacción global con la e-consulta=4,0/5 (DE 0,8). El 74,6% de los facultativos estaban satisfechos/muy satisfechos, sin encontrar diferencias en función de edad ($p=0,7$), ámbito de trabajo ($p=0,08$), docencia ($p=0,7$), cupo ($p=0,4$) y número de e-consultas ($p=0,8$).

CONCLUSIONES

La satisfacción de los facultativos de atención primaria con la e-consulta a digestivo es buena, independientemente de edad, frecuencia de solicitud, tamaño del cupo y las características del centro de salud en el que trabaja.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Análisis del papel de las aptitudes personales como determinantes de la incidencia de morbilidad, estilos de vida, calidad de vida, uso de servicios y mortalidad

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 57

Sabela Couso Viana, Clara Guede Fernandez, Pedro Castro Fernández,
Laura María Reigía Couto, Álgvar Sáez Marina, Ruth Martí Lluch

HIPÓTESIS

- ¿Las aptitudes personales relacionadas con las conductas positivas estarán asociados de manera independiente a menor incidencia de morbilidad?
- ¿Los determinantes personales relacionados con las conductas positivas estarán asociados de manera independiente a menor mortalidad por todas las causas, a la adopción de estilos de vida saludables, mejor calidad de vida y menor utilización de servicios de salud en el seguimiento?

METODOLOGIA

DISEÑO:

Estudio multicéntrico: Participantes: 3083 pacientes de 35-74a de 9 CCAA. Seguimiento: 5 y 10 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES. Autoeficacia: escala de Sherer. Activación: Cuestionario de Activación del Paciente. Resiliencia: escala Connor-Davidson. Alfabetización en Salud: cuestionario HLS-EU-Q16 Locus del control: pregunta, 6 opciones, escala tipo Likert. Personalidad: Big Five Inventory

VARIABLES DEPENDIENTES. Morbilidad para patologías seleccionadas Mortalidad por todas las causas. Estilo de vida

ANÁLISIS CUANTITATIVO. Análisis descriptivo

Mortalidad global: incidencia y Kaplan-Meier estratificando por las distintas variables categóricas y región

Asociaciones en la línea de base de la cohorte: modelos lineales generalizados multinivel

Morbilidad: incidencia con un modelo de Cox para cada una de las 6 variables independientes, ajustados por las covariables indicadas

Incidencia de las variables dependientes: modelos de Cox, ajustados por las covariables.

ANÁLISIS CUALITATIVO: Análisis de tipo explicativo.

Desde la perspectiva fenomenológica: análisis de contenido temático interpretativo con el soporte del programa Atlas-Ti, que se triangulará entre distintos miembros del equipo investigador

CEIC IDIAP JORDI GOL CÓDIGO 19/150-P

BECA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. EXPEDIENTE PI19/00434

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Correlación entre pacientes y terapeutas de acuerdo con la escala Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR)

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 58-59

Rosa Belen Pérez Ramos, Juan Camilo Zuleta Valencia, Angeles Reinoso Rey, M^a José Varela Estevez, M^a José Fernández Domínguez, Silvia García Saiz

ANTECEDENTES:

Ser capaz de medir la alianza terapéutica puede proporcionar una idea de por qué algunas intervenciones funcionan en atención primaria y otras no. Otra aplicación podría ser la enseñanza y el entorno clínico donde la retroalimentación directa de los pacientes podría ayudar a mejorar la relación terapéutica y las habilidades de consulta entre los médicos de cabecera jóvenes. El grupo de trabajo de EGPRN, TATA, tradujo Working Alliance Inventory-Short Revised scale (WAI-sr) a cinco idiomas europeos.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Analizar la correlación entre pacientes y médicos de familia según el WAI-sr traducido y adaptado para España en un estudio de investigación europeo

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO:

Material y métodos

1. Diseño de estudio:

Estudio observacional, multicéntrico, comparando los resultados del WAI-sr de médicos de familia y sus pacientes.

2. Tamaño muestral:

Aceptando un error tipo I de 0.05 y un error tipo II de 0.1 en un estudio bilateral, tenemos 28 pacientes por médico, con un tamaño muestral total de 112 pacientes correspondientes a los 4 médicos de familia que intervienen en el estudio, con la hipótesis de un coeficiente de correlación de 0.6. La pérdida de seguimiento se ha estimado en un 10%.

Se iniciará el estudio en la última semana de febrero de 2020, se sorteará de esa semana el día de inicio del mismo y posteriormente se cogerán los cinco primeros pacientes de cada día a partir del primero, hasta completar los asignados a cada médico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los pacientes mayores de 18 años que acuden a la consulta, que no tengan ninguna deficiencia psíquica y que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes que no aceptan entrar en el estudio tras leer el consentimiento informado

3. *Ámbito de realización:*

Dos centros de salud urbanos y dos rurales

4. *Instrumento*

La WAI-sr versión en español. Existe una versión para pacientes y otra para profesionales.

Una vez terminada la consulta se pasará el WAI-sr al médico y cuando salga de la misma el paciente, se le pasará la WAI-sr del paciente por la enfermera o médico residente del equipo de atención primaria, previa firma del consentimiento informado en una consulta independiente a la del médico de familia, será totalmente anonimizada dado que tanto la del paciente como la del médico sólo llevarán un número correspondiente.

5. *Variables de estudio:*

WAI-sr para paciente y médico de familia.

Paciente: sexo, edad, nivel de estudios.

MF: edad, sexo, años de experiencia profesional, antigüedad en el centro de salud actual.

6. *Análisis estadístico:*

Realizaremos un análisis descriptivo, donde se analizarán las puntuaciones de los pacientes y los médicos de familia. Pearson o Spearman se aplicarán para analizar la correlación entre pacientes y profesionales. En las dos escalas (pacientes y profesionales) se evaluará la consistencia interna de la escala total de WAI-SR utilizando el alfa de Cronbach. Se realizará un análisis factorial para determinar si la estructura original (objetivos, tareas y vínculos) fue replicada y si surgió un factor de orden superior de la alianza terapéutica. La influencia de los factores pacientes y profesionales en la correlación se analizará con modelos lineales generalizados.

En todos los análisis se considerará estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0.05$. Los análisis se realizarán

utilizando SPSS 22.0, Epidat 4.2 y el software libre R (<http://www.r-project.org>) .

RESULTADOS:

Es un estudio en curso, los resultados aún no se han recopilado.

CONCLUSIONES:

Ofrecemos a los médicos una forma precisa de evaluar su propia práctica y mejorar su alianza terapéutica con sus pacientes.

Puntos para la discusión: Utilidad de una escala validada que puede mejorar la alianza terapéutica. Diferencias entre medio rural y urbano.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:

Estudio aprobado por el CEIC de Pontevedra-Vigo-Ourense con el código de registro : 2019/588.

Este es un estudio multicentrico.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Evaluación desde atención primaria de la calidad de vida en el contexto de pandemia por COVID-19 mediante EQ-5D-5L

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 60

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas,
María Rosario Lago Fernández, Mar Serrano González, Fabiola J. González de Oliveira

OBJETIVO

Evaluar la evolución de la calidad de vida de la población mediante la encuesta EQ-5D-5L en el contexto de las medidas adoptadas en el estado de alarma declarado por la pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional de cohorte prospectivo.

Lugar de realización y nivel de atención sanitaria: Centro de Salud, Atención Primaria.

Criterios de selección: ser mayor de 18 años, residir en el municipio y estar adscrito al Centro de Salud, dar su consentimiento informado.

Número de sujetos necesarios: 100 personas.

Muestreo: Aleatorización simple.

Mediciones e intervenciones:

- Primera fase: aleatorización, captación y reclutamiento, inclusión en el estudio previo consentimiento informado y primera entrevista (datos sociodemográficos y encuesta EQ-5D-5L).
- Segunda fase: transcurridos 6 meses se realizará de nuevo telefónicamente la EQ-5D-5L.
- Tercera fase: transcurridos 6 meses de la segunda llamada, consistirá en una última EQ-5D-5L y una encuesta semiestructurada.

Variables a estudio: sexo, edad, nivel de estudios, apoyo, DM, HTA, patología osteoarticular, EPOC/ Asma, cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardiaca, movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, EVA, empleo previo, aumento horas de cuidado, aplazamiento citas, ajustes medicación crónica, etc.

Análisis estadístico: análisis descriptivos de las principales variables (demográficas, EQ-5D-5L, encuesta semiestructurada). Se analizarán las diferencias por sexo y grupos de edad. Se considera p significativa si $<0,05$.

Limitaciones del estudio: la participación y el seguimiento temporal de los pacientes una vez levantadas las medidas impuestas.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Valorar los efectos que han tenido las diferentes medidas impuestas por la declaración del estado de alarma sobre la calidad de vida de la población.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Compromiso de respetar los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki y el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y biomedicina así como toda la legislación vigente relacionada con el estudio. El manejo y la base de datos cumplirá los requisitos del Reglamento de la UE 2016/679 y de la Ley Orgánica 3/2018.

CEIC si

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Modelización y efectividad de una intervención educativa para el desarrollo de competencias profesionales en residentes de Atención Familiar y Comunitaria (proempatía)

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 61

Sabela Couso Viana, Ángela C Asensio Martínez, Jerónima Miralles Xamena, Clara González Formoso, Fátima Dios Mosquera, Ana Clavería Fontán

OBJETIVO:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en residentes de Atención Familiar y Comunitaria (MIR y EIR) para mejorar la empatía. La intervención se diseñó para que adquirieran o mejoren competencias personales mediadoras en los procesos de bienestar que podrían tener influencia en el síndrome de agotamiento profesional y éste inversamente en la empatía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de intervención ante-post con grupo control durante la formación especializada para residentes de la Unidad Docente Multiprofesional (UDM), promociones 2020-2022, MIR y EIR. Los controles serán sus coetáneos de otras dos UDM de España. Se reclutarán todos los residentes de estas promociones que quieran participar en el estudio (262). La intervención formativa planificada específicamente, consta de 3 talleres presenciales anuales por promoción. Se cuantificará la variación en nivel de empatía, percibida por un observador externo, de entrevistas realizadas por residentes con paciente simulado, evaluadas por cuestionario CARE; así como la diferencia en "burnout" medida por el cuestionario Copenhague

(CBI). Resultados secundarios: cambios en la empatía auto-percibida (IRI), locus de control, resiliencia (Connor-Davidson), autoeficacia (GSES), apoyo social (Oslo-3) y su influencia en el síndrome de agotamiento profesional, ajustados por edad, sexo, personalidad (TIPI-SP v2) y otros factores organizativos. Se realizará la validación en español del cuestionario CARE y se comparará la empatía autopercebida con la observada. Análisis estadístico con modelos GLM y GAM.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS: Promoción de autocuidado y mejora competencias emocionales en los residentes de AFC, este se traducirá en un incremento de empatía que repercutirá en los equipos y pacientes con los que se relacionan laboralmente.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: El estudio cumple todas las normas actuales y está pendiente del CEIC.

FINANCIAMIENTO: se ha solicitado financiación FIS para el desarrollo del proyecto.

MULTICÉNTRICO: junto con unidades docentes de Aragón y Baleares.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Mejorando las oportunidades en atención primaria y defensa de la violencia familiar

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 62

Rosana Izquierdo-Fernández, Carmen Fernández-Alonso, Raquel Gómez-Bravo, Sara Ares-Blanco, Laura Otero-Gómez, Ana Clavería Fontán, Leo Pas-Lodewijk

OBJETIVOS

Desarrollar un consenso nacional y multinacional de atención efectiva a la violencia familiar en AP. Posteriormente, formular una guía para promoverla e implementarla teniendo en cuenta las diferencias por país.

El nodo de Galicia analizará la situación del maltrato en el anciano.

MATERIAL E MÉTODOS:

Estudio mixto internacional y multisectorial.

En la primera fase se hará un análisis de la situación en cada país, recopilando literatura, protocolos o políticas para hacer una descripción básica de acuerdo a una lista de comprobación común. Se complementará esta información con una encuesta a informantes clave de diferentes ámbitos.

En la segunda fase, por método Delphi, mediante cuestionarios a expertos en rondas sucesivas con feedback, se consensará el método para identificar necesidades e implantar intervenciones en AP de cada país participante.

En la tercera fase se analizará su aceptabilidad y viabilidad. Las respuestas de cada país, codificadas de acuerdo a una metodología común, se puntuarán en función de su potencial contribución nacional e internacional.

APLICABILIDAD DOS RESULTADOS ESPERADOS

Las guías internacionales precisan adaptarse en su aplicación local, teniendo en cuenta instalaciones, servicios o cultura.

Los resultados pueden suponer una oportunidad de mejora en la atención a nivel particular en las consultas así como organizativo.

En un futuro, se pretende desarrollar una propuesta de implementación internacional.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La recopilación de datos estará en línea con las regulaciones GDPR. Pendiente su solicitud.

Financiamiento: WONCA, EUROPREV, EGPRN

MULTICÉNTRICO – si, internacional

COMUNICACIÓNS DE EXPERIENCIAS

2º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

Unidade virtual do pé diabético

Pons Revuelta A, Regueiro Martínez A.A, Rosendo Fernández JM,
Sánchez Sobrino P, Fransi Galiana LR, Couto Mallón D.

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Páxs. 63

XUSTIFICACIÓN

Na nosa área sanitaria, a atención a un paciente con úlcera de pé diabético préstase de forma fragmentada por parte dos servizos de Endocrinoloxía, Anxioloxía e Cirurxía Vascular e a Unidade de Feridas. Este procedemento pretende crear un espazo especializado de atención aos pacientes con úlcera de pé diabético. Enfermeiras e médicos do ámbito de Atención Primaria dos nosos Centros de Saúde poderán derivar a un paciente diabético que presente complicacións a unha unidade multidisciplinar que preste atención de forma áxil e efectiva.

OBJETIVOS

Estandarizar as revisións do pé diabético segundo o risco de desenvolver complicacións.

Definir un circuíto de atención aos pacientes que presenten un pé diabético de categoría 2 ó 3 que mellore os tempos de acceso e a adecuación do tratamento e os coidados.

Diminuír o número de amputacións

DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA

Na consulta de Atención Primaria, contémpanse varias actividades: anamnese, exploración, imaxe do pé (foto das lesións), datos analíticos, clasificación do paciente segundo risco:

- Categoría 0: Controis en Atención Primaria anuais
- Categoría 1: Controis en Atención Primaria semestrais
- Categorias 2 e 3: Remisión mediante e-consulta á UVPD.

Na UVPD valorárase de maneira non presencial a consulta recibida, de xeito coordinado entre Unidade de Feridas, Endocrinoloxía e Cirurxía Vascular. Nesta valoración decidírase:

Informe de recomendacións ao profesional solicitante (medicina ou enfermería)

Citar presencialmente ó paciente (con carácter preferente), segundo as necesidades de actuación.

CONCLUSIÓNS

A UVPD e un exemplo de xestión integrada que xurde dende Atención Primaria, multidisciplinar e inclusiva a todos os profesionais intervinentes.

O paciente beneficiárase da axilidade da derivación e da actuación.

APLICABILIDADE

Esta experiencia é aplicable a outras áreas sanitarias e incluso a outras patoloxías que o precisen.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Algo farias. El estigma de las enfermedades infecciosas en tiempos de COVID-19

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 64

Alba Pons Revuelta , Helena Abadín Carcedo

OBJETIVOS

Abordar el estigma y las consecuencias que generan las enfermedades infecciosas a través de la vivencia personal de dos profesionales sanitarias convertidas en pacientes.

DESCRIPCIÓN

Al inicio de la tercera ola estuvimos aisladas, una con infección por SARS-CoV-2 y otra como contacto estrecho. Además del miedo a haber podido contagiar a otras personas y a una mala evolución clínica, fuimos sometidas a un juicio público en nuestro entorno laboral. Se nos acusó de irresponsables, de malas médicas e incluso de merecedoras de lo que nos estaba pasando.

Estigmatización se define como afrentar o infamar, es decir, quitar la fama, honra y estimación a alguien. Mucho se ha publicado sobre las repercusiones del estigma en las enfermedades infecciosas a lo largo de los últimos siglos y, a pesar de ello, seguimos repitiendo los mismos errores.

Como sanitarias, juzgamos a nuestros pacientes constantemente: sobre los motivos de consultas urgentes, sobre el manejo de sus patologías crónicas, etc.; e invertimos más tiempo en criticar, culpar, aleccionar y castigar que en intentar entender las razones y circunstancias que les rodean y condicionan su vida, muchas veces sin ser conscientes de las repercusiones que puede conllevar.

CONCLUSIONES

El estigma que existe sobre las enfermedades transmisibles puede llevar a adoptar conductas inducidas por el miedo, como ocultar síntomas o no declarar contactos. Esto, además del estrés añadido que supone, no afecta únicamente a la salud individual, sino que pone en peligro la salud pública, favoreciendo la propagación de agentes infecciosos.

APLICABILIDAD

Concienciar al conjunto de profesionales sanitarios de las situaciones que pueden desencadenarse de forma secundaria a sus actos y/o opiniones, ya sea hacia otras compañeras o hacia los propios pacientes, y las consecuencias que la estigmatización de las enfermedades infecciosas puede tener sobre la expansión de las mismas.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Programa de desarrollo personal para residentes. Una visión integrativa

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 65

Méndez Iglesias S.M.

Si algo define a la Atención Primaria es: ser uno de los principales escalones (tal vez el primero) del Sistema Sanitario.

Durante la formación académica y de especialidades frecuentemente se priorizan los aspectos somáticos de la profesión, descuidando el ámbito de los pensamientos y las emociones, sobre todo las del propio profesional, que se relega a un segundo plano.

Mediante el abordaje de esos aspectos mentales y emocionales se construye la motivación, la empatía, las relaciones interpersonales, la autoestima, y el sano compromiso con la profesión, con los vínculos y con uno mismo.

OBJETIVOS

- Promover un cambio en el desarrollo profesional y personal de los residentes de MFyC. y Enfermería, hacia una perspectiva más integral, con la que aprendan a cuidar también de sus propias necesidades, y desarrollar competencias emocionales que les permitan afrontar su trabajo con ilusión y compromiso, sin quemarse.
- Fomentar la participación activa de los especialistas en formación en los equipos y en la consulta, asumiendo responsabilidades con una sana autoestima y confianza y así, poder ser ellos mismos los promotores de la salud y las actividades vinculadas a ella, tanto en su propio ámbito comunitario como en colaboración con otros profesionales sanitarios.

DESCRIPCIÓN

Se abordan los siguientes temas: Gestión Emocional, Auto-cuidado, Habilidades en Comunicación, Cultivo de Empatía y Compasión, Gestión de Estrés Crónico y Burnout, Autoconfianza, Autoestima, Construcción de Relaciones Interpersonales (Equipos, entorno, pacientes), Motivación y Liderazgo (toma de decisiones, gestión de la consulta).

Ello se realiza mediante talleres semipresenciales en los que, con disciplinas como el Coaching, Psicología Positiva, Inteligencia Emocional, técnicas contemplativas entre otras, se instrumentan dinámicas de equipos, ejercicios de comunicación, liderazgo, corporalidad, y escritura reflexiva y emocional; permitiendo esta última mantener entre cada taller, la posibilidad de repasar y aplicar los conocimientos y las técnicas impartidas

COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

Globalizando a Atención Primaria

Tamara Arias Sáez, Belén Santiso Vázquez, Antía Fernández Lorenzo, David Fernández Jiménez

OBXETIVO DA EXPERIENCIA

Coñecer dende a Atención Primaria e Comunitaria a diversidade cultural dunha cidade como Barcelona, e concretamente dun barrio multicultural como é o Raval, coa finalidade de aplicar ó día a día da Atención Primaria que realizamos en Galicia as diversas técnicas e métodos que utilizan noutras Comunidades Autónomas cando se enfrontan a persoas doutras nacionalidades.

DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA

Rotación externa durante o mes de Setembro de 2019 no CAP Raval Sud, Barcelona. Un Centro de Saúde ubicado no barrio do Raval que atende a diversidade de culturas, permitindo unha comunicación médico-paciente terapéutica e cercana, que permite afondar en todo tipo de patoloxía sen risco de discriminación racial, sen medo ó estigma social e acortando diferenzas culturais tan presentes no noso país nos últimos anos.

Unha comunidade na que o 90% do cupo é poboación xoven, en situación socioeconómica precaria, a meirande parte en risco de exclusión social e culturalmente moi enriquecida coa inmigración. Contan coa figura de varias Mediadoras culturais e idiomáticas no Centro que facilitan a atención.

Tamén se aborda de forma integral unha patoloxía como son as drogodependencias, con tanta prevalencia en dita zona, no CAS Baluard. Un centro atendido por MAP, encargándose de adicións como a cocaína e a heroína predominantemente. Abordado dende unha visión de redución de danos, acompañado de dispensación de metadona e programas de intercambio de xeringas. Programa de importante impacto na Medicina Comunitaria e a intervención social.

CONCLUSIÓN

Redución do estigma social na Atención Primaria e Comunitaria coa poboación inmigrante e drogodependente que permita o acceso sen ningún tipo de barreiras idiomáticas, culturais nin sociais a Atención Sanitaria como Dereito Humano universal.

APLICABILIDADE

Permite a realización dunha asistencia sanitaria individualizada, cada vez máis adaptada o paciente e á diversidade cultural do noso país, realizando como consecuencia unha atención máis completa, unha atención biopsicosocial, unha Atención Familiar e Comunitaria.

CASOS CLÍNICOS

1º PREMIO AO MELLOR CASO CLÍNICO

Síndrome de Charlín-Sluder. A propósito de un caso

Grimán de Collantes Aurelysmar Pastora, Castaño-Carou Ana

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Páxs. 67

MOTIVO DE CONSULTA: otalgia

HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 17 años con antecedentes de obstrucción nasal crónica por hipertrofia adenoidea (adenoidectomía en 2014), otitis media y externa de repetición, amigdalitis de repetición e hipertrofia de cornetes inferiores (radiofrecuencia en 2019).

Noviembre de 2020: Consulta por otalgia y bulto retroauricular derecho, odinofagia y fiebre que ceden con analgésicos.

Marzo de 2021: Consulta por exacerbación de la otalgia los días previos y persistencia del bulto retroauricular. Caracteriza el dolor como pulsátil, lancinante, irradiado a la zona occipital, sin preferencia horaria, se autolimita en minutos. Al examen físico otoscopia normal, nódulo pétreo sobre apófisis mastoides derecha, doloroso y no desplazable. Adenopatía en zona inferior de ángulo mandibular derecho, sin otros hallazgos.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: Neuralgia vs. otalgia persistente. Se solicitaron: radiografía de cráneo, analítica con serologías (Epstein Barr, Citomegalovirus y Toxoplasmosis) y PAAF de ganglio de región mandibular, sin hallazgos significativos en todas ellas. Se realiza interconsulta a servicio de ORL y se pauta paracetamol.

Interconsulta ORL: es valorada y diagnosticada de Síndrome de Charlín-Sluder, que consiste en la irritación del ganglio eseno-palatino y cursa con episodios de dolor facial unilateral, de minutos o días de duración, en este caso, secundaria a la radiofrecuencia de cornetes inferiores. Se comprobó el diagnóstico con la mejoría temporal del dolor posterior a la aplicación de anestesia local en zona de desviación septal derecha en contacto con el cornete medio derecho. Proponen tratamiento quirúrgico (septoplastia endoscópica superselectiva) como tratamiento definitivo.

Inicialmente la paciente rechaza la cirugía. Ante la persistencia de la clínica desde atención primaria se pauta carbamazepina y anestesia tópica con lidocaína obteniendo resultados favorables. Posteriormente acepta el tratamiento quirúrgico, actualmente en lista de espera.

CONCLUSIONES: Este caso clínico demuestra cómo desde atención primaria se hace un seguimiento continuado de los pacientes, con intervención terapéutica, aunque estén en evaluación hospitalaria.

CASOS CLÍNICOS

2º PREMIO AO MELLOR CASO CLÍNICO

Doctora, a veces me sangra el ombligo

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 68

Nerea Ares Furelos, Helena Abadin Carcedo,
María del Rosario Lago Fernández, Ana María Romero García

MOTIVO DE CONSULTA: lesión umbilical.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes: NAMC. Niega hábitos tóxicos. Antecedentes ginecológicos: G0. Ciclos de 28 días. No dismenorrea ni menorragia. FUR: semana previa. Tratamiento habitual: no.

Anamnesis: Mujer de 33 años que hace tres meses consultó por lesión umbilical con secreción serosa-sanguinolenta, cubierta con antibioterapia tópica. Reconsulta por lesión umbilical redondeada que mensualmente, coincidiendo con menstruación, presenta secreción sanguinolenta que cede espontáneamente en 4-5 días (aporta imágenes). No dolor asociado. No fiebre. No cambios en hábito deposicional. No dolor abdominal. No otra sintomatología asociada de nueva aparición.

Exploración física: BEG. Afebril. Lesión umbilical sobreelevada de aproximadamente 1cm y tonalidad violácea sin sangrado activo. No dolor a la palpación. Sin signos de infección.

Juicio clínico: Granuloma umbilical vs Endometriosis umbilical.

Diagnóstico diferencial: Granuloma piogénico. Granuloma a cuerpo extraño. Onfalitis. Hemangioma. Hernia umbilical. Endometriosis cutánea umbilical: nódulo de Villar. Enfermedad neoplásica gastrointestinal: nódulo de la hermana María José. Enfermedad de Crohn.

Identificación de problemas: Lesión umbilical con sangrado autolimitado que coincide con período menstrual.

Tratamiento, plan de actuación: Realizamos teleconsulta a Dermatología para completar estudio ante sospecha de endometriosis umbilical.

Evolución: Tras biopsia compatible con endometriosis se realiza interconsulta a Ginecología, que realiza ecografía sin observar lesiones ováricas ni líquido libre y RM abdomino-pélvica evidenciando focos milimétricos compatibles con endometriosis umbilical, sin otros implantes. Se inicia tratamiento con progestágeno (dienogest) durante 6 meses.

CONCLUSIONES: La endometriosis umbilical o nódulo de Villar es la forma primaria extrapélvica más común de endometriosis. Se trata de una presentación infrecuente y fácilmente confundida con otras entidades. A nivel de la pared abdominal suele aparecer sobre cicatrices de cirugías.

Con la presentación de este caso queremos reflejar la inclusión de la endometriosis cutánea en el diagnóstico diferencial de la patología umbilical en mujeres en edad fértil.

CASOS CLÍNICOS

Atropellos bovinos

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Ariel García-Bango Sosa

MOTIVO DE CONSULTA: Embestida de vaca.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, HTA. Tratamiento habitual: furosemida 40mg, olmesartán 40mg.

Anamnesis: Mujer de 75 años traída por el 061 en colchón de vacío y con collarín cervical tras ser embestida por una vaca. Refiere dolor costal y dorsal. No traumatismo craneal ni pérdida de conocimiento. No disnea ni otra sintomatología asociada.

Exploración: Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Leve taquipnea. Auscultación cardio-pulmonar anodina. No deformidad torácica. Hematoma subcutáneo a nivel escapular bilateral. Dolor a la palpación de últimas costillas izquierdas, apófisis espinosas y musculatura paravertebral dorsal. Movilización dolorosa de hemitórax derecho. No dolor a nivel cervical ni lumbar. Abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación en flanco izquierdo que impresiona de dolor referido de costado. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Radiografía cervical, hombro derecho, tórax, parrilla costal izquierda y pelvis: sin evidencia de fracturas ni otra patología aguda. Analítica: creatinina 1.23, CK 266, Hb 11.9, leucocitos 13.320, resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Policontusiones..

Tratamiento y plan: Metamizol 1 ampolla y dexketoprofeno 1 ampolla IV. Tras mejoría sintomática, alta a domicilio.

Evolución: La paciente acude a su Centro de Salud seis días después por dolor costal izquierdo, disnea, tos y expectoración, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. A la exploración física presenta taquipnea e hipoventilación en hemitórax izquierdo con roncus aislados. Es derivada al servicio de urgencias para nueva valoración.

Tras las pruebas complementarias se evidencia insuficiencia respiratoria, fracturas costales izquierdas dobles y desplazadas (4°-10°), fracturas costales derechas desplazadas (3°-9°) y hemotórax bilateral. Tras hallazgos, se contacta con Cirugía Torácica, que acepta traslado e ingreso.

CONCLUSIONES: Este caso pretende recalcar la importancia del seguimiento de los pacientes politraumatizados, ya que los traumatismos torácicos tienen una elevada incidencia y una alta mortalidad, muchas veces secundaria a complicaciones evolutivas. Debido al mecanismo lesional de nuestro caso, hubiese estado indicada la realización de una TC ante unas radiografías iniciales aparentemente normales.

CASOS CLÍNICOS

Miastenia Gravis

Helena Abadín Carcedo, Dayana Surco López, Nuria Sarmentero González, Ana López Córdoba

ANTECEDENTES: Varón, 73 años, alergia a AAS y penicilina, asmático, dislipemia, hiperuricemia. TVP. Banda monoclonal IgG-Lambda e IgM-Kappa en seguimiento por hematología. Microcarcinoma papilar de tiroides con metástasis óseas a nivel lumbar. Se hizo tiroidectomía total, radioterapia de las lesiones metastásicas, cirugía lumbar y ablación con I131. IQ: tiroidectomía total, lumbar.

ENFERMEDAD ACTUAL: El paciente refiere visión doble y caída de los párpados.

Exploración: ptosis palpebral más marcada en OD, con fatigabilidad. En MOE diplopias verticales. Debilidad orbicularis oculi. Resto de la exploración neurológica normal. Discreta mejoría con test del frío.

Se solicita EMG fibra simple y se deriva al paciente a consulta de neurología sospechando enfermedad de la unión neuromuscular.

En consulta neurología: EMG fibra simple: compatible con enfermedad de la unión neuromuscular. EMG estimulación repetida: descarta Sd de Eaton-Lambert. Ac anti calnes Ca, y Ac anti MUSK: negativos. Ac anti RACh: positivos. TAC tórax: sin patología tímica.

Se diagnostica al paciente de Miastenia Gravis (MG) seropositiva y se inicia tratamiento con piridostigmina, con buena respuesta.

CONCLUSIONES: Se revisó la relación entre MG y otras patologías, tanto autoinmunitarias como neoplasias no tímicas.

Los pacientes diagnosticados de MG pueden sufrir exacerbaciones de la enfermedad, algunas iatrogénicas, que pueden desembocar en una crisis miasténica. Se debe tener en cuenta durante el manejo en consulta de primaria.

Varios estudios demuestran que existe un aumento de incidencia de enfermedades autoinmunes en estos pacientes, dato que debe conocerse para hacer un seguimiento adecuado del paciente.

Se ha descrito un aumento de incidencia de neoplasias no tímicas en pacientes con diagnóstico de MG.

Otro dato que debemos tener en cuenta es la asociación entre la toma de los nuevos tratamientos inmunológicos empleados en oncología y la descripción de alteraciones de la unión neuromuscular.

CASOS CLÍNICOS

Cuando no vamos al médico

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 71

Roca de Togados Cela Tiegang, Alonso Mozo María,
Pons Revuelta Alba, Surco López Dayana Carolina

MOTIVOS DE CONSULTA: Presíncope. Debilidad MMII.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Sin alergias. Fumador. Dislipemia tratada con atorvastatina. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Enfermedad actual: Varón de 54 años traído por el 061 por cuadro presincope. Refiere que cuadro presincope sin pérdida del conocimiento, ni traumatismo craneoencefálico, mientras se encontraba en el aseo acompañado de debilidad en las piernas. Niega dolor torácico de características anginosas ni otra sintomatología. A su llegada, cortejo vegetativo activo, con astenia y disnea.

Exploración física: Frecuencia cardiaca a 40 latidos por minutos. Resto de constantes y exploración normales, salvo bradicardia y ligeros edemas en piernas.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 40lpm con bloqueo auriculo-ventrículo (BAV) de 3er grado. Elevación del ST en cara inferior con imagen especular. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Analítica: Troponinas iniciales 44 mg/dl, que elevó en seriación posterior a 140. Glucemia 289mg/dl. Resto normal.

Juicio clínico urgencias: BAV III GRADO. IAMCEST de cara inferior.

Tratamiento y planes de actuación: Se monitoriza al paciente, se inicia doble antiagregación con protección gástrica y se contacta con cardiólogo de guardia, que indica administración de atropina y traslado.

Evolución: Tras administración de atropina se repite ECG, con resolución del BAV. En centro de referencia, se realiza angioplastia con colocación de stent farmacológico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la Medicina de Familia): Es frecuente que, entre la población adulta de mediana edad, exista un escaso contacto con los servicios sanitarios. Es por ello que mantener una actitud proactiva desde Atención Primaria es de vital importancia, tanto en la consulta, a nivel de detección precoz de factores de riesgo, tratamiento y prevención, así como a nivel comunitario y a nivel informativo.

CASOS CLÍNICOS

Desenmascando el dolor

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 72

Lúa Rodríguez Peña, Sara Velo García de Seáñez,
Raquel Altamirano Rodríguez, María Belén González Pérez

Motivo consulta: cervicalgia

ENFOQUE INDIVIDUAL:

- **Antecedentes personales:** independiente para actividades básicas. Hipertensión arterial, dislipemia, colecistomizado, angiodisplasias yeyunales (gastrectomía parcial), trombosis mesentérica.
- **Anamnesis:** varón de 82 años acude por cervicalgia tras hospitalización sin antecedente traumático.
- **Exploración física:** afebril, apófisis espinosas cervicales no dolorosas, musculatura paravertebral bilateral dolorosa. Flexión, rotación limitada.
- **Tratamiento:** analgesia primer escalón.

Identificador de problemas: realiza cuatro asistencias urgentes a pesar de ajuste y escalada de tratamiento analgésico por empeoramiento: interferencias con el sueño, irradiación a miembros superiores, parestesias, sensación de inestabilidad. Se realiza exploración física exhaustiva siendo normal. Dado mal control analgésico se remite al servicio de urgencias. A su llegada experimenta deterioro brusco objetivando tetraparesia, obnubilación y apneas que derivan en parada cardiorrespiratoria, saliendo tras maniobras de reanimación cardiopulmonar. Presenta leucocitosis discreta y proteína C reactiva elevada. Se realiza tomografía computarizada cervical objetivando colección de 3 cm prevertebral (C4-C5) compatible con absceso invadiendo espacio epidural con posible compresión medular.

Juicio clínico: síndrome de compresión medular agudo secundario a absceso retrofaríngeo.

Evolución: dada la inestabilidad hemodinámica se realiza abordaje multidisciplinar: laminectomía descompresiva y drenaje de absceso (*Staphylococcus aureus* meticilin sensible) así como antibioterapia y mantenimiento de ventilación mecánica invasiva. En resonancia magnética se evidencia encefalopatía hipóxico-isquémica significativa. Ante mal pronóstico vital-funcional se acuerda con la familia medidas de no intervención desencadenando el fallecimiento del paciente.

Conclusiones: el dolor es un síntoma subjetivo inherente al paciente. Desde el punto de vista de Atención Primaria es importante realizar un correcto abordaje que nos permita alcanzar un buen control del mismo para que el paciente encuentre el confort; así como también realizar una aproximación diagnóstica adecuada. Primero ante determinados síntomas debemos sospechar aquella patología más habitual, en este caso perfil osteomuscular, siempre teniendo en cuenta datos de alarma (mal control analgésico, síntomas de nueva aparición, interferencia con el sueño...) que desenmascaren patología de gravedad que requerirá una actuación precoz y urgente que permita mejorar el pronóstico del paciente, aunque no siempre sea posible.

CASOS CLÍNICOS

Diagnóstico de un melanoma en tiempos de Covid

Mar Serrano González, Víctor Manuel Lois López, Fabiola José González De Oliveira

MOTIVO DE CONSULTA: Lesión dolorosa en pie

HISTORIA CLÍNICA

1. **Antecedentes personales:** NAMC. HTA, DLP, Obesidad. HBP. Adenocarcinoma de recto. Tratamiento domiciliario: dafiro y simvastatina.

2. **Anamnesis:** Paciente de 78 años, que acude de forma presencial al Centro de Salud sin cita, en tiempos de covid, solicitando recetas. Aprovechando la visita, consulta a la enfermera por lesión dolorosa en pie de 5 años de evolución tras traumatismo, con empeoramiento de aspecto desde hace 4 meses.

3. **Exploración:** Macroscópica: Lesión nodular sobrelevada, simétrica, de 2,5 cm de diámetro, bordes irregulares, con coloración negruzca y aspecto ulcerado. Dermatoscopio: Lesión melanocítica con retículos pigmentados atípicos, proyecciones radiales y velo azul-blancuecino.

4. **Enfoque familiar y comunitario:** Jubilado, independiente, convive con familiares cercanos (mujer e hija), segunda residencia en Buenos Aires.

5. **Juicio clínico:** Melanoma Nodular vs. Melanoma Lentiginoso Acral

6. **Plan:** Interconsulta a Dermatología. Vía rápida Melanoma.

7. **Evolución:** Una semana después de la interconsulta, el paciente es citado en consultas externas de Dermatología donde confirman nuestra sospecha, diagnosticándolo finalmente de melanoma y realizando la exéresis del mismo al cabo de una semana. Dos días más tarde acude al CS por mala evolución de la herida a pesar de tratamiento antibiótico por lo que tras ser valorado en comité, se propone una ampliación de márgenes que acaba resultando en una amputación transmetatarsiana.

8. **Estudios complementarios:** AP: melanoma infiltrante de extensión superficial T4a. PET-TAC: adenopatías inguinales izquierdas. Eco-PAAF: sin evidencia de proceso neoplásico

9. **Diagnóstico:** Melanoma infiltrante de extensión superficial

10. **Conclusiones:** Este caso clínico demuestra como la AP, a pesar de la pandemia mundial por COVID-19, continuó atendiendo a pacientes de forma presencial, sin demorar diagnósticos graves e incluso dedicándole más tiempo a dichas patologías, gracias a la capacidad para filtrar consultas con el modelo de agenda mixto (presencial-telefónico).

CASOS CLÍNICOS

Do abdome distendido á esplenomegalia: a ecografía como clave no enfoque diagnóstico

Pablo Otero Fernández, Nerea López Ocaña, Ana Losada Abalo, Noemi Vázquez Rodríguez

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(3)
Páxs. 74

Motivos de consulta: dor abdominal.

HISTORIA CLÍNICA:

• **Enfoque individual:** muller de 20 anos, sen antecedentes de interese, procedente da República Dominicana e residente en España dende hai 6 meses, que acude ao seu médico de atención primaria por molestias ocasionais en hipocondrio esquerdo dun ano de evolución e inchazón abdominal fluctuante. Ademais, nos últimos 3 meses presenta astenia, adelgazamento de 4 kg e empeoramento da dor.

Presenta un efecto masa en todo o hemiabdomen esquerdo, polo que se realiza ecografía a pé de cama na que se obxectiva esplenomegalia xigante. Derívase ao hospital, onde ingresa tras realizarse analítica de sangue (pancitopenia) e ecografía regrada que confirma a esplenomegalia (>35 cm craneo-caudais).

Durante o ingreso, realízanse biopsia de médula ósea e determinacións encimáticas que suxiren enfermidade de Gaucher. As radiografías óseas non mostraron alteracións.

• **Enfoque familiar e comunitario:** sen antecedentes familiares de esplenomegalia.

• **Xuízo clínico:** enfermidade de Gaucher tipo I. O diagnóstico diferencial realizouse fundamentalmente con leishmaniasis visceral e un proceso hematolóxico con manifestacións atípicas.

• **Tratamento:** pendente da aprobación de tratamento substitutivo con imiglucerasa.

• **Evolución:** durante a súa estancia hospitalaria, que se prolongou a un mes, a paciente permanece estable a pesares da escasa resposta ás transfusións que se lle realizan. De acordo coa paciente, procédese a alta con limitación da actividade física.

Conclusións: a enfermidade de Gaucher é unha rara enfermidade autosómica recesiva por depósito lisosómico. A máis frecuente (90 %) é a de tipo I, asociada con hepatoesplenomegalia, anomalías óseas e citopenias. Para o diagnóstico é fundamental a determinación de glucocerebrosidasa nos leucocitos circulantes, con confirmación mediante xenotipo.

Neste caso foi clave a ecografía na consulta de atención primaria, unha ferramenta moi rendible na nosa especialidade para descartar a normalidade e alertarnos dos pacientes que precisan ampliar estudos.

CASOS CLÍNICOS

Doctora, solo cortaba madera...

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Dayana C. Surco López, Antonio Regueiro Martínez

MOTIVO DE CONSULTA: Accidente con sierra radial.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 4-5 cigarrillos/día. IQ: dorso mano derecha por herida incisa con motosierra. - Sin tratamiento habitual.

Anamnesis: Varón de 47 años que acude al servicio de urgencias con una sierra incrustada en la pierna. Refiere que se encontraba sentado, cortando madera con la radial y, sin saber como, se le escapó y se la clavó en el muslo. A la llegada del equipo del PAC, los bomberos y Protección Civil ya se encontraban en el lugar. Tras el control de la hemorragia mediante presión, la colocación de una vía venosa y la administración de fluidos, se realizó una valoración inicial, evidenciando que la movilización de la sierra implicaba el acompañamiento de toda la extremidad con el gesto, por lo que se decidió fijarla con unas sábanas para trasladarlo.

Exploración: Buen estado general. Leve palidez cutánea. Taquipneico. Consciente y orientado. Estable hemodinámicamente. Sierra radial incrustada en tercio medio de cara anterior de muslo derecho, condicionando herida inciso-contusa con afectación cutánea, subcutánea y muscular, sin daño neurovascular distal aparente.

Pruebas complementarias: Radiografía fémur derecho: sin evidencia de fractura. Importante afectación de partes blandas con pérdida de sustancia. Analítica sin alteraciones.

Juicio clínico: Herida inciso-contusa en cuádriceps derecho.

Tratamiento y plan: Se administra amoxicilina/ác. clavulánico 2 gramos IV, gammaglobulina y toxoide anti-tetánicos IM, fentanilo 1 ampolla IV, suero fisiológico 1000mL IV. Se retira sierra radial de forma atraumática con el traumatólogo de guardia y se realiza lavado de la herida con suero fisiológico, povidona yodada jabonosa y cepillado.

Evolución: En quirófano, bajo anestesia raquídea, se practica exploración, limpieza y sutura de la herida. Postoperatorio sin incidencias.

CONCLUSIONES: Este caso sirve para ilustrar las diversas situaciones que se pueden presentar ante una salida mientras nos encontramos en el PAC. El manejo de este paciente, aunque infrecuente y aparentemente complejo en su inicio, sigue el abordaje ABCDE que debe hacerse ante cualquier politraumatizado.

CASOS CLÍNICOS

Dolor ocular

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, Ana López Córdoba, María Alonso Mozo

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor ocular.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes: Natural de Burgos, reside en Galicia desde hace un mes. No alergias medicamentosas conocidas. Hernia de hiato. Dolor lumbar de un año de evolución no estudiado. Tratamiento: omeprazol 20mg, paracetamol 1g.

Anamnesis: Varón de 40 años que presenta desde hace 5 días dolor ocular izquierdo con lagrimeo y fotofobia. Niega sensación de cuerpo extraño. No disminución de agudeza visual. Dolor lumbar no irradiado de predominio nocturno de meses de evolución.

Exploración física: PICNR. Sin aumento de tensión ocular a la digitopresión. Hiperemia conjuntival izquierda, localizada sobre todo en zona temporal. Lagrimeo. Tinción con fluoresceína sin úlceras corneales ni cuerpos extraños. Blanquea levemente con la administración de fenilefrina.

Molestias a la palpación apófisis espinosas lumbares y en sacroilíacas. Lasègue negativo. Marcha normal. Fuerza y sensibilidad conservada en extremidades inferiores. No dolor articular a otros niveles.

Juicio clínico: Epiescleritis vs uveítis anterior y dolor lumbar a estudio.

Diagnóstico diferencial: Ojo rojo doloroso: Zoster oftálmico, Herpes simple, epiescleritis, escleritis, queratitis, uveítis anterior, etc. Glaucoma agudo de ángulo cerrado. Patología traumática, cuerpos extraños, etc.

Lumbalgia: Mecánica: discal, facetario, etc. No mecánica: inflamatoria, infecciosa, neoplásica, etc.

Identificación de problemas: Patología ocular inflamatoria en paciente con antecedentes de dolores

Tratamiento, plan de actuación: Ibuprofeno 400mg. Dexametasona/Neomicina/polimixinaB cada 8h ojo izquierdo. Se deriva a oftalmología para descartar uveítis. Se solicita radiografía lumbosacra/sacroilíacas y analítica con RFA.

Evolución: Oftalmología: dudoso Tyndall, impresiona de epiescleritis temporal. Se completa estudio con ANA, FR y HLA-B27, resultando este último positivo. Rx lumbosacra: lumbartrosis L4-S1. Analítica: PCR 5, VSG 15. Se deriva a reumatología para completar estudio, pendiente de RM.

CONCLUSIONES: Con la exposición de este caso pretendemos resaltar la importancia de la inflamación ocular como manifestación clínica frecuente de múltiples enfermedades sistémicas autoinmunes, siendo de gran relevancia en las espondiloartropatías.

CASOS CLÍNICOS

Dolor óseo como signo de alarma

Alonso Mozo María, Fernández Berardi Gabriela Carolina,
Roca de Togados Cela Tiegang, López Córdoba María

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 77

Motivos de consulta: Dolor óseo generalizado y pérdida de peso.

Antecedentes personales: Paciente mujer de 87 años, independiente, sin alergias, ni hábitos tóxicos; hipertensa, en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular paroxística. En el momento actual, sólo en seguimiento por parte de endocrinología por insulinoma.

Anamnesis: Acude derivada por su médico de Atención Primaria por sospecha de polimialgia reumática. La paciente refería dolor óseo generalizado desde hacía 6 meses con empeoramiento progresivo, pérdida de unos 8kg de peso desde el inicio del cuadro, con anorexia asociada. Niega cambios en las deposiciones. Sin otros síntomas constitucionales, ni otra clínica acompañante.

Exploración: Aceptable estado general, eupneica, afebril. Ligera palidez en mucosas. Auscultación torácica arrítmica, sin agregados. Molestia en flanco izquierdo a la palpación profunda, sin peritonismo. No se palpan masas, ni megalias. Tacto rectal normal. Sin debilidad en cinturas, pero dolor a la movilización de hombros.

Pruebas complementarias: Analítica: Elevación de GGT y fosfatasa alcalina, Proteína C Reactiva 51.0 mg/L, V.S.G 34.00. Resto sin alteraciones significativas. Presencia de proteínas en análisis básico de orina.

Radiografía de tórax: Sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda.

Juicio clínico: Dolor óseo generalizado con síndrome constitucional asociado a estudio.

Diagnóstico diferencial: Patología autoinmune: Polimialgia reumática.. Mieloma múltiple. Síndrome paraneoplásico.

Tratamiento: Se ajusta analgesia con metamizol y tramadol/paracetamol.

Plan de actuación: Se deriva a consultas externas de Medicina Interna de manera preferente.

Evolución: Solicitan estudio con TAC-body con hallazgos sugestivos de neoplasia en la cola pancreática con metástasis pulmonares.

Conclusiones: Queremos recalcar la importancia de la historia clínica y la exploración como principales detectores de "alarmas clínicas", que cobran más valor aún en ámbitos como A. Primaria y Urgencias, en donde, la limitación de pruebas complementarias, nos hacen manejar mayores niveles de incertidumbre.

CASOS CLÍNICOS

Esto xa o teño dende hai anos...

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(3)
Páxs. 78

Antía Fernández Lorenzo, Tamara Arias Sáez, Santiago Fernández Blas, Trinidad Gamarra Mondelo

Motivo consulta: Proceso catarral

Historia clínica: Paciente de 83 anos con antecedentes de hipertensión arterial, asma, obesidade, hipotiroidismo. Viúva, vive soa pero con bó apoio familiar e veciñal. Acude a consulta por cadro catarral e durante a auscultación apréciase lesión cervical posterior que dice ter dende hai anos e non lle molesta.

Exploración: pápula eritematosa ben delimitada de cor non homoxénea.

Diagnóstico diferencial: carcinoma basocelular, nevus melanocítico, queratose, tricoepitelioma, hidroadenoma.

Exploración co dermatoscopio: estrutura azulada e vasos arboriformes cunha cor central blanquecina, sen apreciar retículo.

Ante a sospeita de posible lesión maligna se manda e-consulta a dermatoloxía adxuntando as dúas imáxenes, sendo a paciente citada para exéresis, confirmando ca biopsia o diagnóstico de carcinoma basocelular, con boa evolución posterior.

Conclusións: O carcinoma basocelular é o máis común dos tumores cutáneos malignos. Localízanse fundamentalmente en cara e colo en persoas de idade media ou avanzada. A exposición excesiva de radiación ultravioleta aumenta o risco de que apareza.

O uso do dermatoscopio na consulta de atención primaria supón unha ferramenta máis na exploración, permite ver en profundidade as lesións cutáneas e facer un diagnóstico diferencial de lesións malignas. Cunha foto dermatoscópica da lesión adxuntada á foto macroscópica axuda a facer unha e-consulta co dermatólogo máis completa.

CASOS CLÍNICOS

Extracción de quiste epidermoide mediante incisión con punch

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 79

Carlos de Juan Fernández, Lucía Romero Ramil, Andrés Martínez González

Motivo de consulta: Lesión quística.

Historia clínica: Mujer 76 años. Antecedentes personales: No AMC. HTA. DM2. DL. Osteoporosis. PTC izquierda. Tratamientos: Losartan, metforminal, atorvastatina, vitamina D y denosumab.

Anamnesis: Refiere bulto en dorso de 1 año de evolución pruriginoso y no doloroso.

Exploración: Quiste de 3 x 4 cm a nivel dorsal, no doloroso, no adherido, blando a la palpación.

Tratamiento: Exéresis. Se prepara el campo en las máximas condiciones de asepsia y se aplica anestésico local, infiltrando la lesión bajo la dermis.



Imagen : Realización de la incisión con punch y capsula integra

Para la incisión empleamos un punch dérmico, dejando visible el quiste y se presionan los laterales de este para forzar la salida de su contenido procurando que la cápsula permanezca íntegra evitando la ruptura del tumor, disminuyendo así la posibilidad de recidivas. Posteriormente extraeremos la cápsula.

• **Conclusiones:** Los quistes epidermoides son la causa más frecuente de quiste cutáneo y un motivo de consulta frecuente. Son benignos, aunque están descritos raros casos de malignización (< 0,05%) [1]. Están formados por tejido epitelial escamoso estratificado con una cápsula de tejido conectivo fibroso. Sus complicaciones son infrecuentes, pero pueden incluir inflamación, infección o ruptura de la lesión .Es necesario extraer su cápsula íntegra, puesto que el riesgo de recidiva es marcadamente mayor en caso de no hacerlo . Imagen : Cápsula del quiste, íntegramente extraída

La resección mediante punch es una técnica más sencilla de realizar que las tradicionales, más rápida, apenas requiere instrumental, presenta un menor sangrado, tiempo de cura y cicatrización, con mejores resultados cosméticos y escasas complicaciones. Las incisiones de pequeñas no suelen requerir sutura. Según algunos estudios la tasa de recurrencia empleando este método es menor]. Entre sus complicaciones se encuentra un mayor riesgo de extracción incompleta.

Estas condiciones hacen que este método sea el ideal para realizar en nuestra consulta de Atención Primaria.

CASOS CLÍNICOS

Cuando el dolor aparece y fractura no es

M^a Rosario Lago Fernández, Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor costal.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes: Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora, 20 cig/día desde los 22 años. Antecedentes de fracturas costales. Sin tratamiento habitual.

Anamnesis: Mujer de 62 años, dolor costal izquierdo de un mes de evolución a pesar de tratamiento con tramadol/paracetamol. Niega traumatismos o caídas. No fiebre ni otra sintomatología. Pendiente de radiografía de tórax solicitada por su médica de Atención Primaria.

Exploración: BEG. NH. NC. Eupneica. TA 150/85, FC 110, Sat 99%, T^a 36,5°C. ACP: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación en cara posterior de parrilla costal izquierda. No lesiones cutáneas ni deformidades. No crepitación.

Pruebas complementarias: RX de tórax PA y lateral: aumento de densidad en tercio superior de hemitórax izquierdo que parece corresponderse con engrosamiento pleural posterior. Ausencia de visualización de arco posterior de 6^a costilla, que sin traumatismo actual obligan a descartar patología neoplásica.

Juicio clínico: Dolor dorso-costal a estudio.

Tratamiento: Tapentadol 25mgr/12h.

Evolución: TAC toracoabdominal: presencia de masa extrapulmonar en hemitórax izquierdo, datos de invasión locorregional de pared costal y metástasis ganglionares hiliomedastínicas, pulmonares y esplénicas, a descartar neoplasia primaria de pared costal. PAAF: linfoma no-Hodgkin difuso de célula grande. Valorada y tratada en consultas externas de Hematología.

CONCLUSIONES: Pretendemos reflejar que, con frecuencia, la vías para solicitar pruebas diagnósticas desde Atención Primaria suelen tener mayor demora que las solicitadas por otros servicios, principalmente urgencias hospitalarias, e incluso por vía privada. Conocedores de esto, los pacientes a menudo recurren a dichos servicios como vías más resolutivas.

El hecho, además, de que el diagnóstico sea comunicado por personal sin un vínculo tan estrecho como es el del médico de familia, supone que, en ocasiones, la comunicación de malas noticias pueda ser más impersonal y tener mayor impacto sobre nuestros pacientes.

CASOS CLÍNICOS

Dolores no es nombre de mujer

M^a Rosario Lago Fernández, Carmen Santos Novas, Ana María Romero García

MOTIVO DE CONSULTA: Omalgia derecha.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes: Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Traumatismo torácico en contexto de accidente laboral (febrero 2008) con angulación de 6° arco costal y debilidad en brazo derecho. Junio 2008: remitida a rehabilitación, mejoría parcial. Enero 2009: remitida a reumatología con diagnóstico de sospecha de fibromialgia. Tras RMN se aprecia rotura parcial del supraespinoso dcho. Febrero 2011: valorada por traumatología: ante rotura antigua y no situación de incapacidad temporal respecto a actividad laboral, opta por manejo conservador. Sin tratamiento habitual, contra el dolor crónico con ejercicio fisioterapéuticos. - Situación socio-funcional: vive con hermana menor. Maestra, puesto de menor exigencia física que el previo, de celadora. Único aporte económico a la unidad familiar.

Anamnesis: Mujer de 42 años, acude a consulta solicitando analgesia por persistencia de molestias en hombro derecho, con empeoramiento sintomático tras la pandemia. No otra sintomatología asociada.

Exploración física: BEG. NH. NC. Eupenica. Dolor a la palpación en músculo trapecio derecho. No aposialgia. Conservación neurovascular de extremidad derecha. Hombro sin lesiones cutáneas ni deformidades. No dolor a la palpación. No limitación funcional. Balance articular completo. Signo de Jobe.

Diagnóstico: Hombro doloroso.

Tratamiento: Dexketoprofeno 25mg. cada 8 horas.

CONCLUSIONES: Con este caso pretendemos reflejar las consecuencias de la demora en la realización de las pruebas complementarias y en la valoración de nuestros pacientes en las consultas especializadas hospitalarias, que suponen, muchas veces, un retraso en los procesos diagnósticos. Esto puede desencadenar una pérdida de calidad de vida debido a la cronificación de la patología, consecuencias psicológicas y laborales.

La situación socioeconómica de nuestras pacientes supone un factor condicionante de desigualdad en cuanto al objetivo de equidad en salud, además de la cuestión de género, que seguramente influyó en la derivación a reumatología cuando, atendiendo a la etiología psicosomática, la fibromialgia debiera ser diagnóstico de exclusión.

CASOS CLÍNICOS

El relato de un caso desorientado

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 82

M^a Rosario Lago Fernández, Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas

MOTIVO DE CONSULTA: Desorientación.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes: No AMC. Fumador de 20 cig/día. FRCV: DM2 con nefropatía. Dislipemia. HTA. Obesidad. SAHS. EPOC. IQ: artroscopia rodilla izquierda (2014 y hace 15 días). Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, budesonida, atorvastatina, ramipril, omeprazol, dapagliflozina/metformina.

Anamnesis: Varón de 57 años con intensa gonalgia izquierda a tratamiento con naproxeno, tramadol, paracetamol y metami-zol desde la intervención. Hoy, tras consultar con su médico, inició tapentadol. Ante persistencia del dolor, acudió al PAC por cuadro de ansiedad, con administración de alprazolam. Hace unas horas lo encuentra desorientado, con la mirada perdida, motivo por el que lo remiten. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: TA 115/80, FC 99, SatO₂ 98%, T^a 37°C, glucemia 358, FR 14, Glasgow 15, qSOFA 0. BEG. NH. NC. Desorientado en tiempo y espacio. Bradipsíquico. Eritema, aumento de T^a y exudado purulento en herida quirúrgica de rodilla izquierda. Resto exploración sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Analítica: acidosis metabólica, leucocitosis con neutrofilia, urea 211, Cr 5.57, FENa 1.07, PCR 422, procalcitonina 8.23, dímero D 3201.

Diagnóstico: Artritis séptica. Sobredosificación de opiáceos.

Tratamiento: Sueroterapia, piperacilina /tazobactam, furose-mida y naloxona intravenosas.

Evolución: SOFA inicial de 5. Más reactivo tras naloxona. Ingre-so en UCI, con buena evolución.

CONCLUSIONES: con este caso queremos mostrar la impor-tancia de la valoración global del paciente a la hora de abor-dar el tratamiento del dolor. En contexto de una nefropatía diabética hay que valorar el uso de AINEs y opioides como el tapentadol, que se excretan mayoritariamente por vía renal, ya que pueden condicionar un empeoramiento de la función renal y una sobredosis de opioides, empeorando un cuadro clínico de gravedad como una sepsis deorigen articular, como sucedió en nuestro caso.

CASOS CLÍNICOS

Granuloma Piogénico o Hemangioma Lobular Capilar Revisión de un caso clínico en Atención Primaria

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 83

Beatriz López Gómez, Carlos Menéndez Villalva, Francisco Manuel Fernández Gómez

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que consulta en Atención Primaria por tumoración en pie izquierdo que le produce molestias al caminar.

ANTECEDENTES PERSONALES: Se trata de una mujer de 74 años con antecedentes de Hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, trastorno ansioso-depresivo. A tratamiento con Simvastatina 20mg y Paroxetina 20mg.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA: La paciente refiere molestias en primer dedo del pie en relación con tumoración de años de evolución. A la exploración se observa un nódulo excrecente, redondeado, de color violáceo y diámetro aproximado de 1 cm.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La localización de la lesión, evolución, estabilidad clínica durante años y aspecto, plantean un diagnóstico diferencial entre tumor glómico y granuloma piogénico. Siendo ambos tumoraciones benignas de origen vascular, el tumor glómico suele cursar con dolor paroxístico por frío o presión, mientras que el granuloma piogénico (o hemangioma lobular capilar) suele producirse en respuesta a traumatismos repetidos y se caracteriza por sangrados locales recidivantes.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: El tratamiento de ambos consiste en la extirpación. Se realizó biopsia escisional en la

sala de cirugía menor del centro, con hemostasia mediante electrocoagulación del lecho quirúrgico y curas por parte de enfermería.

Se envió la muestra al servicio de Anatomía Patológica de referencia, donde se realiza el diagnóstico definitivo de hemangioma lobular capilar de 1.2x0.9cm. Se informa a la paciente del diagnóstico, quien da su consentimiento para la publicación del caso.

No se presentaron complicaciones agudas de hemorragia o dolor. Un año después no se ha observado recidiva de la lesión.

CONCLUSIONES: La biopsia escisional es una técnica realizable en At. Primaria, segura siempre que no se sospeche malignidad, y con resultados estéticos generalmente buenos.

El trabajo en equipo del médico de At. Primaria y enfermería formados en cirugía menor, junto con un servicio de anatomía patológica de referencia, hace que puedan resolverse ambulatoriamente una parte importante de este tipo de demandas, reservando para el ámbito hospitalario aquellas lesiones de diagnóstico incierto, o que por localización o complejidad no permitan su abordaje en una sala de cirugía menor.

CASOS CLÍNICOS

"Hai que coñecelos para sospeitalos"

Martínez Lorenzo A, Cueto Ruiz C, Platas Pita MT, Villamarín Bello B

Motivos de consulta: control e resultados de analítica.

Historia clínica:

Antecedentes persoais: Alérxico a dapaglifozina, Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Bloqueo auriculoventricular (BAV) 1º grao. Insuficiencia renal crónica. Ictus isquémico en territorio de ACM esquerda en 2017. Deterioro cognitivo vascular versus mixto a tratamento con galantamina.

Anamnese: varón de 79 anos que acude para control e resultados analítica. Aporta autocontrois domiciliarios de tensión arterial e glicemias capilares en xexún, en rango.

Exploración física: chama a atención que está arritmico, sen soplos. Resto sen alteracións.

Probas complementarias: Ante arritmia non coñecida realizamos ECG. ECG: BAV 2º grado Mobitz tipo I.

Enfoque familiar e comunitario: dependente, vive coa súa dona. Unha filla enfermeira supervisa os cuidados.

Xuízo clínico: BAV 2º grao Mobitz tipo I en probable relación con galantamina.

Tratamento e plans de actuación: Retírase galantamina e realízase e-consulta a Cardioloxía. Decídese repetir ECG pasado un mes dende a suspensión do fármaco. Comunícase o sistema nacional de vixilancia de reaccións adversas medicamentosas (RAM).

Evolución: Poucos días despois recíbese a resposta de Cardioloxía: "Correcto diagnóstico. Puede, efectivamente, deberse a la galantamina. Correcto suspenderla y vigilar ECGs. Si sigue con el mismo grado de bloqueo asintomático, no hacer nada más que vigilar." Cítase en consulta pasado un mes e realízase ECG.

ECG: BAV de 1º grao, xa presente previamente.

Conclusións: Un dos efectos adversos descritos da galantamina, inhibidor da acetilcolinesterasa, é a bradicardia e, incluso, a xeración dun BAV. O noso paciente xa presentaba un BAV de 1º grao coñecido polo que, ó iniciar o tratamento con galantamina, este evoluciona nun BAV de 2º grado Mobitz I, que desaparece ó retirar o fármaco previamente nomeado.

Este caso recórdanos a importancia de coñecer os efectos adversos dos fármacos que manexamos para poder actuar en consecuencia no caso de que se produzan e comunicalos oportunamente.

CASOS CLÍNICOS

Hemoptisis en paciente fumador, ojo a las sospechas diagnósticas iniciales

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 85

Altamirano Rodríguez Raquel, Velo García de Seárez Sara,
Rodríguez Peña Lúa, Cambra Quintas Laura

Motivo de consulta: Hemoptisis

Historia clínica: Enfoque individual:-

Antecedentes personales: Hábitos tóxicos: Índice paquetes/año = 70. -No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento médico habitual.

Anamnesis: Varón de 50 años que acude por expectoración hemoptoica de 5 días de evolución, con empeoramiento progresivo y aparición de hemoptisis franca. No sensación disérmica ni fiebre termometrada. No disnea. No dolor torácico. No síndrome constitucional.

Exploración física: Dentro de la normalidad, objetivación de sangre roja y fresca tras accesos de tos.

Pruebas complementarias: Rx tórax Urgencias: Sendas masas pulmonares en ambos LLSS, asociadas a pérdida de volumen; hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar. AS Ingreso: Elevación leve pro-GRP, IgE total 7773, Aspergillus fumigatus > 100.

o Serología: VIH, VHB y VHC negativos. Quantiferón: Negativo. Aspergillus fumigatus Ag. Galactomanano. TAC tórax Ingreso: Lesiones quístico cavitarias bilaterales (sugestivas de lesiones residuales post-granulomatosas/post-TB) de predominio derecho con imágenes hipodensas en su interior compatibles con aspergilomas y asociadas a áreas periféricas en vidrio deslustrado sugestivas de hemorragia. Fibrobroncoscopia: Estudio microbiológico negativo. Citología inflamatoria Juicio clínico: Aspergilosis pulmonar en su forma invasiva subaguda/cavitaria crónica.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma broncogénico, bronquiectasias, infecciones, TEP.

Identificación de problemas: Dificultad diagnóstica ante los antecedentes personales y la presentación clínica del paciente, en primer lugar, con sospecha clínica de neoplasia pulmonar, y, finalmente, diagnosticándose de aspergilosis pulmonar.

Tratamiento y planes de actuación: Codeína, Ácido tranexámico, Voriconazol, Embolización arterial selectiva.

Evolución: Tras inicio del tratamiento el paciente presenta una evolución clínico-radiológica favorable, aunque sin resolución completa, presentando nuevos episodios de hemoptisis con varias asistencias a Urgencias e Ingresos en Neumología solicitándose valoración por Cirugía torácica y actualmente pendiente de resección pulmonar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la Medicina de Familia): Se destaca la importancia del reconocimiento de síntomas y signos de alarma que requieren actuación y derivación urgente para estudio, evitándose retrasos diagnósticos y terapéuticos y la posible aparición de complicaciones. Además, señala el especial cuidado que debemos tener en la comunicación y transmisión de información al paciente ante sospechas diagnósticas iniciales.

CASOS CLÍNICOS

Hipercalcemia

Maria Isabel Ascensão Cruz Fonseca, Ana Arceo Tuñez

Motivo de consulta: Mareos y adelgazamiento

Historia clínica: Varón de 76 años, IABVD. Vive con su mujer. Trabajó de albañil y agricultor.

Antecedentes personales: Ex-fumador desde hace 20 años, Obesidad, Dislipemia, DMNID, Esteatosis hepática. IQ: Colectectomía, RTU próstata. Tratamiento: Metformina/Sitagliptina, Fenofibrato, Terazosina, Tramadol/Paracetamol, Hidroferol

Enfermedad actual: Acude a consulta por mareos y sensación de inestabilidad para la marcha, de 1 mes de evolución. Refiere adelgazamiento de 12Kg en 6 meses, hiporexia, astenia y poliuria. Su hijo relata episodios de confusión y desorientación.

Exploración física: PA 144/70mmHg, FC 94lpm, SatO2 96-97%, Peso 83Kg (95Kg previo). BEG. COC. ACP: rítmico. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: globoso, blando, ligeramente doloroso a la palpación de epigastrio.

Pruebas complementarias solicitadas : Analítica de sangre: destaca leucocitosis con neutrofilia, colestasis leve, ferritina baja sin anemia. Analítica y sedimento de orina: normal. SOH negativo. Se solicita radiografía de tórax y ecografía abdominal y se envía por vía rápida a consulta de medicina interna por síndrome general a estudio.

El fin de semana, acude al PAC por caída accidental con abrasión parieto-occipital derecha, sin pérdida de conocimiento. Destaca en la exploración neurológica, marcha inestable con aumento de base de sustentación. Se deriva a Urgencias por sospecha de hidrocefalia normotensiva.

En Urgencias, se realiza una analítica, destacando hipercalcemia de 15mg/dL e insuficiencia renal aguda. Se solicita radiografía de tórax, observándose una lesión en el lóbulo superior derecho. El paciente ingresa por hipercalcemia grave, lesión pulmonar y síndrome general a estudio.

Conclusiones: La causa más frecuente de hipercalcemia sintomática son las neoplasias malignas. La clínica es progresiva y afecta a todos los sistemas del organismo. Son síntomas típicos: anorexia, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, deshidratación, debilidad y confusión, entre otros. Ante esta clínica, se debe incluir el calcio en el estudio analítico.

CASOS CLÍNICOS

¡La que montó una pastillita!

Cueto Ruiz C, Platas Pita T, Martínez Lorenzo A, Villamarín Bello B

Motivo de consulta: Vómitos alimentarios y dolor lumbar mecánico por el que ya había consultado y relacionaba con esfuerzos en ámbito laboral.

Anamnesis: Varón de 24 años. No fármacos, productos de herboristería ni tóxicos. Sepsis meningocócica a los 6 meses. Dolor lumbar de unos días de evolución que precisó ibuprofeno; esa mañana náuseas y un vómito alimentario. No orinó al levantarse y refiere toma única la tarde anterior de un comprimido de ciprofloxacino 500, como profilaxis de meningitis meningocócica.

Exploración: Pálido. TA: 120/90. Normohidratado. Afebril. Molestias difusas a la palpación profunda abdominal sin datos de irritación. PPR negativa bilateral. Tira orina: sangre++ y proteínas ++, resto negativo.

Enfoque familiar y comunitario: vive solo cerca de sus padres, relación estrecha.

Diagnóstico diferencial: Transgresión alimentaria. Efectos adversos farmacológicos. Viriasis.

Tratamiento/plan: Paracetamol 650 cada 6-8 horas y ante los hallazgos en orina analítica urgente para la mañana siguiente. Avisan del laboratorio por aumento importante de urea y creatinina con FG de 25. Con la sospecha de insuficiencia renal aguda se deriva al paciente a urgencias desde donde ingresa en nefrología por deterioro agudo de la función renal.

Evolución: Inician sueroterapia con rápida mejoría de la función renal sin presentar alteraciones de interés en los estudios analíticos ni de imagen por lo que a los 4 días dan el alta con seguimiento ambulatorio.

Diagnóstico final: Deterioro agudo de la función renal en relación a nefrotoxicidad por Ciprofloxacino.

Conclusiones y aplicabilidad: Resaltar la importancia de una exhaustiva anamnesis, un buen diagnóstico diferencial y solicitar las pruebas adecuadas en Atención Primaria que llevaron a detectar la insuficiencia renal de forma tan precoz. Por otro lado estar siempre alerta ante los posibles efectos secundarios de los fármacos aún a dosis únicas, por poco probables que parezcan.

CASOS CLÍNICOS

Mantequilla sanguínea

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 88

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo,
Sara Castroagudín Campos, Nuria Sarmentero González

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal y fiebre.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. FRCV: Dislipemia. DM2. Tratamiento habitual: pravastatina/fenofibrato 40/160mg, carnitina/metformina 150/1000mg.

Anamnesis: Varón de 43 años con dolor abdominal, diarrea de 3-4 deposiciones líquidas y fiebre hasta 38,5°C de un día de evolución. No productos patológicos en heces. No ingesta de alimentos sospechosos. No otra sintomatología de nueva aparición. Refiere que hace 4 meses que no toma el tratamiento porque económicamente no se lo puede permitir.

Exploración: TA 158/99, FC 113, Tª 38. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Peristaltismo conservado. Murphy positivo. No otros signos de irritación peritoneal. Resto sin alteraciones.

Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias con sospecha de pancreatitis vs colecistitis aguda.

Pruebas complementarias: - Analítica: urea 17, glucosa 212, K 3,7, amilasa 523, PCR 158, leucocitos 19.040. Interferencia de suero muy lipémico. Colesterol 1221, TG 12.905, HbA1c 10,4%. Ecografía abdominal: esteatosis hepática/hepatopatía crónica, impide correcta valoración de planos posteriores. Vesícula biliar normal distendida, libre de cálculos. Vía biliar no dilatada. Datos sugestivos de pancreatitis aguda. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda. Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia severas. Diabetes con mal control.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Colecistitis aguda.

Identificación de problemas: Mal control de patologías crónicas. Situación económica desfavorable.

Tratamiento y plan: Dieta absoluta y paracetamol. Ingresos en Medicina Interna.

Evolución: Tras 5 días de tratamiento: colesterol 822, TG 3.371, PCR 15, amilasa 60, lipasa 116, leucocitos 5.930. Alta tras mejoría. Control y seguimiento en Atención Primaria.

CONCLUSIONES: Este caso recalca la importancia del conocimiento de la situación socioeconómica de los pacientes en el planteamiento del manejo de sus patologías crónicas, ya que la falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales factores desencadenantes de la patología aguda y otras complicaciones asociadas. La pobreza es un condicionante de la salud que genera discapacidad.

CASOS CLÍNICOS

Me va a explotar el ojo

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, María Rosario Lago, Ana López Córdoba

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor ocular.

HISTORIA:

Antecedentes: Sin alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Diabetes Mellitus II diagnosticada hace 14 años. Abandono del tratamiento/seguimiento hasta hace un mes, cuando se evidencia HbA1c 10,5%. Realizada retinografía en el Centro de Salud con datos de retinopatía diabética (RD) y derivada a oftalmología, donde se constata RD grave proliferativa que condiciona un glaucoma neovascular en el ojo derecho. Iniciada panfotocoagulación, antiangiogénicos e hipotensores. Tratamiento: atorvastatina 40mg/24h, Abasaglar 10UI-0-20UI, metformina 1000mg/12h, Brimonidina OD.

Anamnesis: Varón de 77 años con dolor intenso en ojo derecho desde hace media hora, acompañado de malestar general y náuseas. Fotofobia y pérdida de agudeza visual en ojo derecho.

Exploración física: Afectado por el dolor. Ojo derecho: hiperemia conjuntival, con midriasis media arreactiva. Tono ocular aumentado a la digitopresión. Blefarospasmo. Ojo izquierdo sin alteraciones.

Juicio clínico: Ataque agudo de glaucoma secundario a RD proliferativa

Diagnóstico diferencial: Ojo rojo doloroso: Zoster oftálmico, Herpes simple, epiescleritis, escleritis, queratitis, uveítis anterior, etc. Glaucoma agudo de ángulo cerrado. Patología traumática, cuerpos extraños, etc

Identificación de problemas: Mal control de la DM2. Abandono de seguimiento y tratamiento de sus patologías crónicas.

Tratamiento, plan de actuación: Analgesia con diclofenaco y metamizol. Se contacta con el servicio de oftalmología y se deriva para valoración urgente.

Evolución: A su llegada a oftalmología evidencian PIO en OD de 48. Se mantiene tratamiento analgésico y se inicia acetazolamida 250mg/6h con mejoría sintomatológica. Se plantea posteriormente iridotomía.

CONCLUSIONES: Las complicaciones oculares de la DM pueden causar gran discapacidad, siendo de vital importancia en algunas de ellas un diagnóstico y tratamiento urgentes. Con la presentación de este caso queremos reflejar la importancia de la retinografía como herramienta habitual en atención primaria para el seguimiento de nuestros pacientes diabéticos, pudiendo realizar una buena prevención secundaria.

CASOS CLÍNICOS

Mi marido no quiere ver el partido

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, María Rosario Lago, Ana María Romero

MOTIVO DE CONSULTA: Alteraciones del comportamiento

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador de 45 paquetes/año. Consume un vaso de vino con la comida. Esteatosis hepática. Fractura de ramas pélvicas izquierdas hace dos meses. Anemia macrocítica por déficit de B12. Pangastritis atrófica. Tratamiento habitual: cianocobalamina, enoxaparina sódica, paracetamol.

Anamnesis: Varón de 71 años traído por su mujer por alteraciones del comportamiento: "no quiere ver el fútbol, está raro". El paciente refiere leve cefalea desde hace unas horas, sin náuseas vómitos ni fotofobia. Niega traumatismos ni caídas. No otra sintomatología asociada de nueva aparición.

Exploración física: TA 148/93, FC 120, Tª 36.8°C, SatO2 95%, glucemia capilar 130, Glasgow 15. NRL: CyO. PICNR. Campimetría por confrontación normal. MOEs normales. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades. RCP flexor bilateral. Dismetría en maniobra dedo-nariz. Lenguaje con parafasias. No signos meníngeos. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Accidente cerebrovascular

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular. Hemorragia subaracnoidea. Hematoma subdural vs epidural.

Identificación de problemas: Cefalea de reciente aparición con focalidad neurológica.

Tratamiento, plan: Se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio.

Evolución: En urgencias se diagnostica de hematoma intraparenquimatoso agudo parietotemporal izquierdo espontáneo de 4.5x3.5cm sin efecto masa. Ingresa en neurología con buena evolución clínico-radiológica. Se realiza RM para completar estudio etiológico del sangrado sin evidenciar lesión subyacente. Actualmente en tratamiento rehabilitador del lenguaje.

CONCLUSIONES: Con este caso queremos resaltar la importancia del proceso comunicativo y de la participación de la familia, que con su conocimiento sobre los pacientes puede aportar datos clave para un abordaje global. La atención a la familia puede tener un resultado positivo, como hemos visto en este caso, pero también es importante no olvidar que es primordial preservar la autonomía de los pacientes, intentando evitar situaciones como las conspiraciones del silencio.

CASOS CLÍNICOS

Non sempre é a primeira sospeita... ¡coidado!

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Páxs. 91

Fabiola J. González De Oliveira, Antonio Regueiro Martínez,
Marta Da Costa Pereira Carvalho, Mar Serrano González

MOTIVO DE CONSULTA: Lumbalgia.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Múltiples alergias medicamentosas. HTA, DLP, DM II, Obesidad. Depresión. Bocio multinodular normofuncionante. Carcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionar cervical. Tiroidectomía con vaciamiento ganglionar. Polimedicada.

Anamnesis: Paciente de 72 años hiperfrecuentadora por múltiples procesos clínicos como espondiloartritis, listesis grado I L3-L4 Y L4-L5, y caídas con fracturas (2015, peroné derecho y no desplazada de tercio distal radio izquierdo, 2016 radio distal derecho, aplastamiento a nivel de L3, 2017, contusión craneal con cefalohematoma asociado, 2019 maléolo tibial derecho). Además, osteoporosis complicada con hipovitaminosis D diagnosticada en el 2016 y Carcinoma papilar de tiroides metastásico intervenido, desarrollando posteriormente disfonía secundaria a la cirugía.

Exploración: NRL: FCS apropiadas. Pares normales. S. Motor normal leve pérdida global de fuerza. Hiperreflexia. Clonus agotable. Reflejo cutáneo plantar derecho extensor. Sensibilidad normal. Pruebas de coordinación normal.

Enfoque familiar y comunitario: Usaria de silla de ruedas las 24 horas. Vive con su sobrina (cuidadora principal). Vida cama-sillón. Necesidad de ayuda para comer desde el 2020

Juicio clínico: Tetraparesia con piramidalismo

Plan: Se deriva de nuevo a Rehabilitación y Neurología

Evolución: Desde su primera consulta en Atención Primaria en 2015 por lumbalgia la paciente presenta deterioro progresivo hasta la actual dependencia para las ABVD secundarias a su afectación motora.

Estudios complementarios: EMG: Signos neurógenos crónicos acusados (pérdida de UM) por L5 derecha. Densitometría: Sin alteraciones. RMN: Sin evidencia de compromiso medular-radicular.

Diagnóstico: Tetraparesia con piramidalismo

CONCLUSIONES: Este caso clínico muestra la evidente importancia de la Atención Primaria como un elemento central e integrador en la atención al paciente. El seguimiento de éste, con todas sus dolencias, permite su evaluación global y observar, por ejemplo, como una lumbalgia se puede transformar en una afectación neurológica compleja.

CASOS CLÍNICOS

Presentación clínica atípica de cáncer de pulmón

Velo García de Seáres S, Altamirano Rodriguez R, Rodriguez Peña L, Durán Cores S.

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 92

Motivo de consulta: Dolor epigástrico

Antecedentes personales: Hábitos tóxicos: Ex – ADVP, 60g etanol/día, 18 paquetes/año. Hepatitis C curada, Hepatitis B. Esteatosis mixta. Tratamientos: Metadona

Anamnesis: Varón 53 años acude dolor toraco-epigástrico irradiado a espalda en forma de cinturón de 3 días. No dolor opresivo ni cortejo vegetativo. No disnea. Dolor que empeora en decúbito sin características mecánicas. No cambia con la ingesta. No fiebre. No cuadro catarral. Nauseas matutinas sin vómitos. Estreñimiento de dos días. No síndrome constitucional.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. Eupneico. AC: anodina. AP: mínimo crepitante base derecha. Abdomen: dolor en palpación profunda epigástrica.

TA: 135/85 FC 85lpm Sat 97%

Pruebas complementarias: ECG: RS a 85 lpm, sin cambios en repolarización. A.S: Transaminasas ,bilirrubina ,amilasa y lipasa en rango. Leucocitos 9600, sin neutrofilia ni linfocitosis. Hb 13,3. PCR 8.9. Rx Tórax: Masa redondeada suprahiliar izquierda 6,5cm

Juicio clínico: Neoplasia pulmonar

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis, Neumonía, TEP, IAM

Identificación de problemas: Dados los antecedentes y la clínica, la primera hipótesis fue de pancreatitis. Realizamos AS urgente, teniendo que esperar 24 horas, manejando la incertidumbre y evitando un ingreso en paciente estable. Dado que la lipasa era normal, empeoraba en decúbito y PCR elevada decidimos Rx de tórax donde se observa una masa.

Plan: Solicitud vía rápida de pulmón.

Tratamiento: Aumentamos metadona y añadimos AINES.

Evolución: Se realizó TC objetivándose neoplasia en LSI, invasión mediastínica y vertebra dorsal. Pendiente de filiar extirpe y posibilidades terapéuticas.

Conclusiones: Destaca el conocimiento bio-psico-social del paciente desde A.Primaria. En este caso; paciente con abuso de alcohol y tabaco, hipofrecuentador y dolor intenso. La importancia de una buena anamnesis que nos oriente el diagnóstico probable para solicitar las pruebas complementarias precisas. Por último, destacar la longitudinalidad de acompañar al paciente desde siempre y hasta siempre.

CASOS CLÍNICOS

Recuerdos convulsivos

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Sara Castroagudín Campos, Ana López Córdoba

MOTIVO DE CONSULTA: Cambio de cupo.

HISTORIA CLÍNICA.

Antecedentes: No AMC. Niega hábitos tóxicos. Epilepsia tónico-clónica generalizada, en seguimiento por Neuropediatría. Sin antecedentes familiares de epilepsia. Tratamiento habitual: lacosamida 50mg/12h

Anamnesis: Mujer de 16 años que acude por cambio de cupo, acompañada por su madre. Al preguntarle por las crisis epilépticas, nos cuenta que con 14 años presentó dos crisis tónico-clónicas generalizadas, de escasa duración, seguidas de periodos postictales. Presentó un nuevo episodio hace 3 meses, iniciándose tratamiento con lacosamida.

Al interrogarla detalladamente, refiere que las crisis fueron precedidas de un breve periodo de desconexión en el que visualiza recuerdos de su vida entremezclados con imágenes de series de televisión. Se refiere a estos episodios como flashazos y reconoce que hasta iniciar tratamiento eran diarios, pero nunca les había dado importancia. No puede controlarlos y su madre corrobora que cuando suceden tiene la mirada perdida y no contesta. Desde que recibe tratamiento son menos frecuentes y suelen interrumpirse antes de que aparezcan las imágenes.

Exploración física y neurológica normales.

Juicio clínico: Epilepsia de inicio focal, con alteración del nivel de conciencia y generalización secundaria ocasional.

Diagnóstico diferencial: Epilepsias primarias. Tumores y/o infecciones del SNC. Tóxicos. TCE. Lesiones perinatales y/o malformaciones congénitas.

Identificación de problemas: Posible interferencia materna respecto a la anamnesis sobre el consumo de tóxicos.

Tratamiento y plan: Se comenta telefónicamente con Neurología, acordando incremento de dosis de lacosamida a 100mg/12h, solicitando EEG y RMN, con cita en CCEE de Neurología para ver resultados y valorar abordaje

Evolución: Las pruebas realizadas fueron normales y desde el incremento del antiepiléptico no ha vuelto a presentar sintomatología.

CONCLUSIONES: Este caso recalca la importancia de las habilidades comunicativas en el abordaje de los pacientes a la hora de realizar la historia clínica en el ámbito de la Atención Primaria, donde el factor tiempo juega un papel fundamental en la limitación de la comunicación y de la relación médico-paciente.

CASOS CLÍNICOS

¿Sempre pola noite?

Platas Pita MT, Martínez Lorenzo A, Cueto Ruiz C, Rodríguez Álvarez R.

MOTIVO DE CONSULTA: Derivado de enfermaría debido a presión arterial moderadamente alta nos controis de saúde.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnese: Home de 73 anos tratado con Losartan 50mg pola mañá dende 2012, derivado da consulta de enfermaría debido a niveis de tensión arterial (TA) moderadamente altos, nos últimos contróis. Decídese realizar MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) para unha mellor valoración da presión arterial e do perfil circadiano desta.

Antecedentes persoáis: Non alerxias medicamentosas. Hipertensión arterial, dislipidemia, prediabetes. Obesidade. Esteatose hepática.

Exploración: Bo estado xeral, orientado nas 3 esferas. Eupneico en repouso. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sen soplos audibles, murmullo vesicular conservado, sen ruidos sobreengadidos. Abdomen: blando, depresible, non doloroso e sen defensa. Pulsos distáis presentes e simétricos.

Probos complementarias: Analítica sen achados reseñables. Radiografía de tórax elongación e tortuosidade de aorta e troncos supraaórticos. MAPA: promedio de TA diurno 135/80, nocturno 111/60 con patrón dipper (descenso de TA maior ao 10% durante o descanso nocturno con respecto ao período de vixilia).

Enfoque familiar e comunitario: vive en medio urbano coa muller e co fillo, boas relacións familiares.

Xuízo clínico: Bo control de TA e correcto patrón circadiano co seu tratamento habitual. Probable fenómeno de bata branca.

Tratamento: decidimos manter Losartán 50 mg 1 comprimido pola mañá.

Conclusións: Sorprende a obtención dun MAPA perfecto con patrón dipper tomando o tratamento pola mañá, sobre todo cando as últimas evidencias (proxecto Hygia) demostraron cun elevado número de pacientes que o tratamento antihipertensivo tomado pola noite asóciase a mellores cifras tensionáis e mellor patrón con respecto á toma matutina do mesmo. Non deixa de ser unha curiosidade, ao tratarse dun caso aislado, e teríanse que valorar máis pacientes na mesma situación para ver o seu comportamento de TA.

CASOS CLÍNICOS

Dolor lumbar, ¿más que una lumbalgia mecánica?

Grimán de Collantes Aurelysmar Pastora, Castaño-Carou Ana

MOTIVO DE CONSULTA: dolor lumbar.

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 65 años de edad con antecedentes de cervicalgia, cervicobraquialgia, trocanteritis, omalgia bilateral y síndrome ansioso-depresivo.

Cuidadora principal de padres dependientes, por lo que vive con ellos tras su jubilación.

Junio de 2018: Consulta por dolor en arco costal izquierdo sin hallazgos relevantes en las radiografías de tórax y parrilla costal, mejoría parcial con metamizol.

Junio de 2019: Consulta por dolor lumbar de más de un mes de evolución, características mecánicas, irradiado a nalga y muslo izquierdo. Al examen físico limitación a la movilidad lumbar, especialmente flexión anterior. Dolor a la presión sobre apófisis espinosas L1-L3. Exploración neurológica sin alteraciones.

Hipótesis diagnóstica: Lumbalgia mecánica. Se pauta aceclofenaco tramadol-paracetamol Diazepam

Probas diagnósticas: A los 3 días consulta nuevamente por persistencia del dolor lumbar y asociación de dolor en hemitórax izquierdo que irradia a mama con la inspiración. Se solicitan radiografías de columna lumbar y costal izquierda urgente

observándose "Deformidad 10 arco costal izquierdo sugestiva de fractura/lesión lítica. Sospecha de un patrón radiológico apolillado costillas/signos de osteopenia. Pérdida de altura del cuerpo de L1 y sobre todo de D12."

Se realiza una analítica con los siguientes parámetros alterados: LDH 494, PCR 0.4, VSG 17, Alfa-2 globulinas 12.3, Inmunoglobulina M 23. Ante estos hallazgos, la hipótesis diagnóstica cambia a mieloma múltiple vs. metástasis de tumor primario desconocido. Se comenta con la paciente y se deriva a servicio de urgencias hospitalarias donde es referida de forma preferente a consultas externas de medicina interna. Luego de 2 meses de estudio es diagnosticada de Mieloma múltiple. Actualmente estable.

Conclusión: Este caso clínico nos permite demostrar cómo el conocimiento y seguimiento de la paciente por parte de su médica de atención primaria ha permitido pensar en las diferentes alternativas diagnósticas y solicitar las pruebas correspondientes para realizar una orientación que permita un rápido diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Sueño dulce

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Sara Castroagudín Campos, Ariel García-Bango Sosa

MOTIVO DE CONSULTA: Mareo, náuseas y cefalea.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: NIÑO: No AMC. Calendario vacunal correcto. Rasgos de TEA, a seguimiento por USMIJ y psicóloga privada. No IQ. Sin tratamiento habitual.- MADRE: No AMC. G1P1A0. No gestante. No IQ. Sin tratamiento habitual.- PADRE: No AMC. Ex-fumador. Rinitis alérgica. IQ: apendicectomía. Sin tratamiento habitual.

Anamnesis: Familia que acude por mareo, náuseas y cefalea tras posible inhalación de gas propano. El niño fue el primero en notar la sintomatología y el padre fue el que llegó más tarde al domicilio. Niegan visión borrosa u otras alteraciones visuales. No vómitos, disnea, palpitaciones ni dolor torácico. No fiebre ni otra sintomatología asociada de nueva aparición.

Exploración física y neurológica normales.

Pruebas complementarias: NIÑO: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.62, pCO₂ 23, HCO₃ 23.6, EB 3.6, pO₂ 126, carboxiHb 23.9%. MADRE: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.42, pCO₂ 41, HCO₃ 26.6, EB 1.9, pO₂ 88, carboxiHb 29.4%. PADRE: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.39, pCO₂ 38, HCO₃ 23, EB -1.7, pO₂ 78, carboxiHb 27.1%

Enfoque familiar y comunitario: Se informa al 112, ya que viven en un bloque de viviendas con suministro comunitario de gas propano. Mandarán efectivos para comprobar que no haya más afectados. Se informa a Preventiva.

Juicio clínico: Intoxicación por monóxido de carbono leve-moderada.

Tratamiento: O₂ a alto flujo con reservorio.

Evolución: Desaparición de la sintomatología tras oxigenoterapia. Gasometría a las 6h: niño carboxiHb 1.4%, madre carboxiHb 2%, padre carboxiHb 1.4%. Se mantienen en observación 4h más tras normalización de carboxiHb, sin incidencias, por lo que se decide alta.

CONCLUSIONES: La intoxicación por monóxido de carbono requiere una alta sospecha y en este caso, al presentarse varias personas con la misma sintomatología y dudas sobre la calefacción de propano de su domicilio, simplifica el proceso diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Tarde, pero llego

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 97

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo,
Sara Castroagudín Campos, Antonio Regueiro Martínez

MOTIVO DE CONSULTA: Rectorragia.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. FRCV: HTA. Hiperuricemia. Cirrosis hepática por VHC. Diverticulosis. Hemorragia digestiva baja que requirió cirugía. Última colonoscopia hace más de 5 años. IQ: hemicolectomía izquierda. Situación basal: activo e independiente. Tratamiento habitual: olmesartán 40mg, tamsulosina 0,4mg, alopurinol 100mg.

Anamnesis: Varón de 87 años que acude por cuadro de una semana de evolución de sangre negruzca, pegajosa y alquitranada con las deposiciones. No alteraciones del hábito intestinal. Astenia y menos apetito del habitual. No pérdida de peso. No náuseas ni vómitos. No otra sintomatología de nueva aparición.

Exploración: TA 170/73, FC 88, Tª 36,6. Normocoloreado. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Cicatriz de laparotomía. No masas ni megalias. Peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: hilillos hemáticos con restos mucosos. Resto de la exploración normal.

Juicio clínico: Rectorragia a estudio.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia digestiva. Diverticulitis. Varices esofágicas. Colitis isquémica.

Tratamiento y plan: Se solicita analítica y se deriva por vía rápida para realización de endoscopia y colonoscopia.

Evolución: Analítica sin alteraciones. Endoscopia: nódulos venosos prominentes de localización atípica (esófago proximal). Sin evidencia de hemorragia digestiva alta. Colonoscopia: colitis segmentaria (sigma/ciego). Diverticulosis de colon izquierdo. Sin evidencia de hemorragia digestiva alta. AP: lesión colónica de tipo enfermedad inflamatoria intestinal, más probable Crohn por la localización.

Tras diagnóstico de Crohn se deriva a Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, donde inician tratamiento con mesalazina y beclometasona.

CONCLUSIONES: En este caso, el diagnóstico final fue sorprendente y no coincidió con las sospechas iniciales, pero sirve para recalcar la vía de actuación ante cuadros de sangrados de origen digestivo. Nuestro paciente se encontraba estable, sin datos de alarma, por lo que se optó por realizar analítica al día siguiente y derivar a través de vía rápida.

CASOS CLÍNICOS

¿Una lata grande o seis latas pequeñas? A propósito de dos casos de Escombroidosis

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 98

Manuel Miralles-Miciukiewicz, Patricia Felpete-López

Se presentan dos casos similares en un hombre y una mujer que acuden a Urgencias Extrahospitalarias por la aparición de exantema morbiliforme en tronco, junto con náuseas, taquicardia, rubor, y sudoración profusa, media hora tras la ingesta de un bocadillo de mayonesa casera, y atún que llevaba abierto en la nevera desde hacía diez días. Los signos vitales a su llegada eran normales.

El diagnóstico diferencial se barajó entre salmonelosis, intoxicación estafilocócica y escombroidosis, decantándonos por la última por los síntomas histaminérgicos de aparición casi inmediata, por lo que se administró suero salino, Dexclorfeniramina y Metilprednisolona, con remisión total de la clínica.

La escombroidosis es una intoxicación a tener en cuenta en pacientes con síntomas histaminérgicos, en la que el interrogatorio clínico cobra especial relevancia, y en la que hay que indagar acerca del consumo de pescado enlatado o mal conservado.

El pescado enlatado o mal conservado favorece la proliferación bacteriana, cuyas enzimas catalizan la conversión de histidina a histamina. La clínica usualmente es benigna, fundamentalmente de síntomas relacionados con la presencia de histamina, y que son rash, rubor, síntomas gastrointestinales y cefalea. Hasta un cuarto de los casos puede cursar con hipotensión, por lo que el tratamiento consiste en antihistamínicos H1 y fluidos.

Puede llegar a requerir observación, ante la posibilidad de toxicidad sistémica, o confundirse con otras reacciones alérgicas. El manejo y conservación adecuados de peces y enlatados son la mejor manera de prevenir esta patología usualmente benigna pero potencialmente grave.

La aplicabilidad del caso se da ante la amplia oferta de atún enlatado en la actualidad, con pacientes que optan por comprar latas grandes y conservarlas en la nevera, en lugar de las latas, por lo que es esperable un aumento de los casos de esta intoxicación, y especialmente en los meses y zonas cálidos.

CASOS CLÍNICOS

A propósito de un caso: meralgia parestésica secundaria a masa abdominal

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(3)
Págs. 99

M^a Del Carmen Gesto Moreno, Félix Alonso García

Motivo de consulta: Dolor y parestesias en miembro inferior derecho.

Historia clínica: Mujer de 67 años que consulta por dolor en muslo derecho de 1 mes de evolución. Lo describe como un dolor de tipo neuropático con irradiación a cara externa del miembro. Ante la sospecha diagnóstica de meralgia parestésica, se pauta gabapentina.

Tras múltiples consultas presenciales por mala evolución, la atención se centra en su estado de ánimo, explicando la naturaleza de la meralgia parestésica, y medidas higiénico-dietéticas, recomendando a Avelina bajar de peso. Persiste la clínica a pesar de titulación de gabapentina a dosis plenas, cambiándose a pregabalina

Ante la escasa respuesta terapéutica y mala evolución clínica se deriva a Neurología para valoración.

Ese mismo día, consulta de forma urgente por dolor abdominal. A la exploración éste se muestra distendido, timpánico, con signo de Blumberg positivo. Se palpa masa en flanco derecho. Con diagnóstico de abdomen agudo se deriva al servicio de Urgencias.

A su llegada, se realiza un TC abdominal, que muestra una masa ovárica heterogénea de aproximadamente 24x14x21 cm.

Conclusión: Una exploración física completa es fundamental. No busco con este caso estudiar la meralgia parestésica, sus causas o presentación, sino recordar que debemos realizar una exploración sistemática ante todo paciente.

Si yo lo hubiera hecho, le habría ahorrado a Avelina muchas consultas y habríamos llegado antes a la raíz del problema.

CASOS CLÍNICOS

"Non só pica a pel"

Tamara Arias Sáez, Belén Santiso Vázquez, Antía Fernández Lorenzo, David Fernández Jiménez

MOTIVO DE CONSULTA

Picor de espalda.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Persoais: Non DM. Non DL. HTA. Bebedora ocasional de 1 vaso de viño.

Antecedentes médico-quirúrxicos: a seguemento por Hematoloxía por achado incidental de CM IGA kappa en estudo como potencial doante. Non cirurxías previas.

Anamnese: acode a PAC tras múltiples asistencia a AP por lesión cutánea subescapular dereita prurixinosa de anos de evolución. No último mes franco empeoramento, con afectación na calidade de vida.

EXPLORACIÓN FÍSICA

COC. BEX. Normohidratada, normoperfundida, normocoloreada. CC: non adenopatías laterocervicais, non bocio, non IVY, non sopros carotídeos. AC: rítmica. AP: MVC. ABD: brande, depresible, non doloroso. Sen masas nin visceromegalias. Dorso: lesión hiperpigmentada hiperestésica de 4cm diámetro en rexión subescapular dereita. Lesións satélite residuais de rascado. Non porta de entrada. Non sobreinfección nin equimoses. MMII: lesións por estase. Non edemas. Pulsos pedios +. NRL: PINR. Non datos de focalidade. Pel: non lesións cutáneas.

Probos Complementarias: analítica (BQ, HG, Coagulación) + radiografías + RMN.

Xuízo clínico: Notalxia parestésica subescapular dereita.

Diagnóstico diferencial: Eccema tópico / Dermate de contacto / Urticaria crónica / Mastocitose / Notalxia parestésica / Prurito sine materia.

TRATAMENTO

Candesartán. Corticoides tópicos de diversas potencias (Suniderma, Lexxema...) + antihistamínicos (melloría parcial, nulo efecto de corticoides).

EVOLUCIÓN

Tras múltiples asistencia a AP, tratamentos incorrectos e ineficaces, con empeoramento do cadro, acode a PAC referindo agotamento e incompreensión, afectación anímica e persistencia de prurito intenso.

No contexto dun estudo como potencial doante de MO dunha irmá (falecida), atopan xunto coa elevación das CM IgA kappa, múltiples lesións dexenerativas en columna vertebral, predominantemente cervico-dorsais.

Dito dano é o probable causante do prurito e da lesión cutánea da paciente, tratándose polo tanto dunha Notalxia Parestésica subescapular dereita.

CONCLUSIÓNS

Non debemos banalizar as lesións cutáneas crónicas, dado que tras delas moitas veces atópase a patoloxía médica desencadeante.

O doente que consulta en múltiples ocasións, evitemos estigmatizalo, e pasar a facer un correcto diagnóstico diferencial. Patoloxías pouco frecuentes tamén acoden a AP.