

Comunicacións Orais XVI Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2011
Volume 18
Páx. 198-206

25 DE NOVIEMBRE. SALA A

SISTEMA DE SELECCIÓN DE TUTORES POR PARTE DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Zamora Ramírez, R.; Louro González, A.;

Centro de Saúde de Cambre

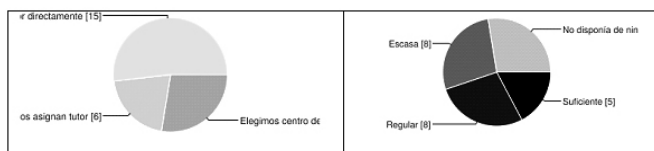
OBJETIVOS: Analizar el sistema de elección de tutor por parte de los residentes de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia, la información de la que disponían en el momento de la elección y las cualidades que más valoraron de los centros de salud y de los tutores.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseñamos una encuesta mediante una entrevista abierta a los residentes de primer año de nuestro centro de salud. Este primer formulario fue cumplimentado por los mismos residentes y tras revisar los problemas de comprensión y acuerdo (validación lógica) se elaboró el cuestionario definitivo con 11 ítems.

Este cuestionario se envió a los residentes de primer año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Coruña mediante la herramienta "Google Docs" para su cumplimentación en línea.

Tras 3 recordatorios por correo electrónico se recibieron 29 respuestas (%).

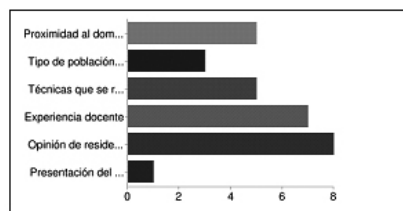
RESULTADOS: La mayoría de residentes tiene que elegir tutor directamente (52%) a pesar de que el 83% considera que la información disponible sobre los tutores no es suficiente y que el 28% no dispone de ninguna información previa sobre ellos.



La fuente de información más importante proviene de los residentes de otras promociones (59%) y las cualidades que declaran como más importantes para la selección son la experiencia docente del tutor (38%) y la opinión de residentes de otros años (31%). Ningún residente encuestado considera de importancia la producción científica (0%)



Del centro de salud las cualidades más valoradas son la opinión de residentes de otros años (28%), la proximidad al domicilio (17%) y las técnicas que se realizan en el centro (17%). La presentación del centro de salud es el elemento menos valorado.



CONCLUSIÓN: La mayoría de los residentes no dispone de la información suficiente para la selección con criterio de su tutor.

La fuente de información más influyente en la selección de tutores proviene de los residentes de promociones anteriores. Sería interesante profundizar en el estudio de esta variable.

Los criterios que declaran como más importantes para la selección son la experiencia docente del tutor y la opinión de residentes de otros años, ningún residente da valor a la capacidad de producción científica

COSTE EFECTIVIDAD DEL TEST RÁPIDO STREPTOCÓCICO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

López Yunta, M; Romero Martínez, M; Suárez Prado, R; Simón Rodríguez, L; Guzmán Cortegoso, J; Elorduy Bilbao, O; Pérez Cachafeiro, S;

PAC Cambados, Xerencia Atención Primaria Pontevedra

OBJETIVO: Evaluar el coste-efectividad de dos abordajes diagnóstico-terapéuticos alternativos en pacientes que presentan dolor de garganta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se construye un árbol de decisión en el que los pacientes pueden o no recibir antibiótico en función de la clínica y/o del resultado de un test rápido streptocócico. Se sigue un modelo de Markov donde los pacientes pueden curarse (no volver a consulta) o no (vuelven por el mismo motivo antes de una semana, repitiéndose el ciclo). Se emplean distribuciones de probabilidad de un estudio previo de dolor de garganta en el PAC de Cambados; costes obtenidos de tarificación oficial (DOGA). Se emplea como utilidad el grado de dolor referido (EVA) por los pacientes en el estudio

previo.

Se realiza un análisis probabilístico de sensibilidad con 2000 simulaciones en las que se siguen distribuciones beta para las probabilidades, normal para el dolor y gamma para los costes, considerando una posible variación de un cuarto respecto a la tarifa oficial.

RESULTADOS: La Razón de Coste Efectividad Incremental (RCEI) media es -4,59 €/unidad de dolor aliviado (intervalo de confianza del 95%: -192,52 a 51,01). En pacientes a los que se les realiza test rápido un 23,08% reciben antibiótico frente a un 38% en pacientes a los que se no se les realiza.

CONCLUSIONES: El empleo del test rápido reduce la prescripción de antibióticos, pero su empleo sistemático no demuestra ninguna mejora desde un punto de vista de coste-efectividad respecto al manejo clínico empleando tarifas oficiales del Sergas en servicios de urgencias extrahospitalarias.

LEY DE DEPENDENCIA: EVALUACION DE SU CONCESION EN UN CENTRO DE SALUD

Souki Kade, Y.; De La Fuente, S.; Castiñeira Perez, M.C.; Lazare, M.T.;

Centro de Salud de Fingoi

OBJETIVO: Determinar el retraso entre el inicio del proceso y concesión de ayudas acorde al grado de dependencia. Variación del mismo en el tiempo.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo transversal de pacientes que iniciaron proceso de Dependencia en Enero 2007. A aquellos con grado inferior a Grado III Nivel 2 se realizó reevaluación mediante escala Barthel a fecha del 31 de julio del 2011.

RESULTADOS: De la totalidad de la población del Centro, 149 pacientes iniciaron el proceso (0.72% de la población), el 89,9% eran > 65 años (3% de la población > 65 años). Mujeres: 67.1%. Edad media similar por sexos (M: 78 DE 14.7 - V: 78,3 DE 14.4). Población urbana: 74.5%. Patologías más comunes: Demencia Senil (18.8%), secuelas ACV (14.8%), Enfermedad Alzheimer (14.1%). Tiempo medio espera para concesión de ayuda: 1,4 años (mediana: 1,2 años). Grandes dependientes: 49,7%. El 10% de la muestra falleció al año de solicitud sin recibir resolución de ayuda. El 75.3% no fue reevaluado por Equipos de Valoración en el momento del estudio. El 9,7% fallecieron desde la concesión a la fecha de reevaluación. En 35 pacientes (37.6 %) se objetiva progresión del grado de dependencia.

CONCLUSIONES: Los pacientes dependientes son en su mayoría > 65 años, mujeres y del área urbana. La demencia y secuelas de ACV son las patologías más frecuentes. Una proporción elevada de pacientes no han sido reevaluados por los Equipos de Valoración y su grado de dependencia actual es mayor del que presentaban en el momento de la concesión de ayudas.

LEY DE DEPENDENCIA: EVALUACION DE SU CONCESION EN UN CENTRO DE SALUD

López Agreda, S.; Castañal Canto, X.; Moliner de la Puente, J.R.; Berzal, M.E.; Mugerza, M.J.; Tato Fontañña, M.; Hernáiz Valero, S.;

Centro de Salud Gondomar, Ourense, Valmiñor

OBJETIVO: Determinar a opinión dos usuarios dos C.S. sobre a nova Lei

MATERIAL E MÉTODOS: enquisas XII SEMANA SEN FUME.

ÁMBITO: C.S. galegos.

PERÍODO: 01/04/2011-09/05/2011

TIPO DE ESTUDIO: Prevalencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: > 15 anos atendidos nos C.S galegos.

MEDICIÓN: Ítems da enquisa.

RESULTADOS: 425 enquisas, 48.9% Fumadores (F), 30.8% Non Fumadores (NF), 20.2% Exfumadores (EF). Idade media 45 anos.

Mellorará a saúde dos cidadáns? 92.8% NF, 78.6% F e 89.5% EF p<0.001

A dos traballadores hostalería? 95.2 % NF, 88.5% F, 93% EF. N.S.

Protexerá aos menores do fume? 95.7% NF, 92.4 %F, 93% EF. NS

Axudará aos fumadores a deixalo? 70.2% NF, 48.9% F, 65.1% EF p< 0.001

Diminuír nº de persoas que empezan a fumar? 78.8% NF, 56.5% F, 75.6% EF. P< 0.001

Trala Lei acoden menos que antes aos sitios de ocio 2.9% NF, 30.5% F, 7% EF, p<0.001.

De acordo e totalmente de acordo coa lei 81.7%. O 15.4% F, 47.7% NF, 72.9% de EF p< 0.001.

Verían ben volver fumar de novo en espazos de ocio. 15.4% NF, 48.8 F e 29.8% EF p<0.001

62.1%, 64.6% y 64.7% de NF, F y EF pensan que a cofinanciación de fármacos axudaría a máis persoas a deixar de fumar.

95% de NF recibiron consello dun sanitario sobre tabaco, 66.9% de F y 92.7% de EF, p< 0.001. 33.1% de F tentou deixalo nos 1ºs 5 meses de 2011.

CONCLUSIÓN: A prohibición de fumar nos lugares de ocio pechados está sendo ben acollida polos usuarios dos C.S. galegos.

ENQUIA SOBRE TABAQUISMO PASIVO EN GALIZA

Villarreal Salguero, C.C.; Martín Miguel, M.V.; Domínguez Grandal, F.; Espinosa Arévalo, M.; Cobas Pacín, P.; Delgado Martín, J.L.; Lago Deibe, F.I.;

Centro de Saúde de Matamá, Rúa Cuba, Sárdoma y Valmiñor

OBJETIVO: Determinar o grao de información sobre os efectos nocivos do tabaquismo pasivo en usuarios dos C.S.

MATERIAL E MÉTODOS: enquisas XII SEMANA SEN FUME.

ÁMBITO: Cs. Saúde galegos.

PERÍODO: 01/04/2011-09/05/2011

TIPO DE ESTUDIO: Observacional de Prevalencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: > 15 anos atendidos nos C.S galegos.

MEDICIÓN: Ítems da enquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICO: Descritivo

RESULTADOS: 425 Enquisas, 150 homes, 275 mulleres con idades medias 48

e 42 anos respectivamente. 47,3% dos homes non fuman 32,7 % fuman e 20% exfumadores. 49,8%, 29,8% e 20% das mulleres respectivamente. 69% de homes moléstalles o fume fronte a un 76,7% de mulleres. Están de acordo en que o fume é nocivo 94,7% dos homes e o 95,3% das mulleres. O 98,7% e 98,2% pensan que prexudica aos nenos; 98,7% dos homes recoñecen que tamén ás embarazadas vs 96% de mulleres. Creen que causa cancro de pulmón 94% de homes e 89,8% de mulleres e infarto de miocardio el 86,6% e 83,9% respectivamente.

Que o tabaquismo pasivo prexudica a embarazadas e nenos non ofrece diferenzas entre non fumadores e fumadores.

Que cause infarto pénsano en menor grao de forma e.s. as mulleres fumadoras vs non fumadoras 91,1% / 70,7% e cancro de pulmón 94,9 / 81,7%.

Que sexa nocivo exprésano en menor proporción os homes fumadores que os non fumadores 97,2%/ 87,8%.

Non hai diferenzas homes/ mulleres no tempo que están expostos como fumadores pasivos 0,31/0,50 h .

CONCLUSIÓN: Inda que a concienciación sobre os riscos do tabaquismo pasivo é alta séguese fumando nos fogares.

25 DE NOVIEMBRE. SALA B

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ¿ALGO NUEVO?

Vázquez Hernández, A.;

PAC Pontedeume

OBJETIVOS:

- Conocer el perfil de las usuarias de anticoncepción de emergencia (AE) en el Punto de Atención continuada (PAC) de Pontedeume.
- Comparación con estudios previos buscando cambios en dicho perfil.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de dispensaciones entre 2009 y 2010. Mediciones: edad, día y mes de dispensación, tomas previas, motivo dispensación.
- Tabla comparativa con otros 11 estudios similares

RESULTADOS: Solicitaron AE 182 mujeres. Tasa de 2,97 por mil mensual. Media de edad 22,5 años (14-44). Menores de edad el 24,17%, el 3,84% menores de 16. El 15,9% mayores de 30. El día de mayor demanda es el Domingo (34%). La mayoría acuden en las primeras 24 horas (85,16%) y el 78,57% alegan rotura del preservativo. La mayoría (79,4%) habían tomado AE en otra ocasión.

Con respecto a otros trabajos continúa observándose un aumento de las usuarias menores de edad (intervalo 4,4-29%). Lo mismo ocurre con las que habían usado AE con anterioridad (intervalo 14-98,2%).

CONCLUSIONES: El perfil de las usuarias es el de una mujer joven que acude en las primeras 24 horas y en fin de semana. La mayoría la han usado en otra ocasión. Se observa un aumento entre las menores de edad con respecto a trabajos previos. Debe insistirse en la excepcionalidad del método sobre todo entre las menores y en que no protege de las ETS. Hay que continuar insistiendo en que la toma precoz aumenta la efectividad.

CRIBADO OPORTUNISTA CANCRO COLO UTERINO ¿SEGUIMOS OS PRO-

TOCOLOS NO CS?

Melero Lorenzo, S.; Torres Varela, L.; Pardo Teijeiro, B.; Mendez Fernandez, Z.; Armada Fernandez, M.J.; Varela Prado, E.; Gonzalez Balmonte, G.;

Centro de Saúde Fingoi. Lugo

OBJETIVO: Grao de seguemento do protocolo de cribado de cancro de útero. Material e método.

Traballo retrospectivo das citoloxías patolóxicas 2007-2010.

Comprobamos seguimento protocolo AP e resposta Hospital: datos de anatomía patolóxica (colposcopias e conizacións) mediante lanus.

RESULTADOS: ASCUS.- 43 casos ,39 (91%) tratados AP segundo protocolo e 4 (9%) non . 19 casos (44%) interrompen seguimento.

14 (32,5%) derivadas. 2 (14%) conización.

L-SIL.-54 casos, 48 (89%) protocolo AP e 6 (11%) non. 19 (35%) interromperon seguimento, 11 (58%) antes e 8 (42%) despois do hospital.

Derívanse 43 (80%), 36 (84%) colposcopia e 10 (16%) conización .

H-SIL .-5 novos casos. 3 (60%) conización e 2 (40%) non . 2 interrompen seguimento.

CONCLUSIÓN: En AP aplicamos os protocolos no 90% dos casos (91% ASCUS, 89% L-SIL e 100% H-SIL). A experiencia acumulada fai que o control sexa mellor no derradeiro ano.

Das derivadas ó hospital realízase colposcopia ó 84% dos L-SIL e ó 100% dos ASCUS.

As conizacións foron semellantes nos ASCUS 14% e L-SIL 16%, sendo maiores nos H-SIL 60%.

Interrupcións voluntarias dos seguementos: 44%ASCUS, 35% L-SIL e 40% H-SIL.Cifras tan altas obrigan a estudar a causa.

Necesitamos unha ficha de traballo identificadora das pacientes con patoloxía e seguila ata volver ó cribado habitual.

Identificar citoloxías patolóxicas (X 86) no lanus é imprescindible para elaborar listados

DEMORA DIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER DE PULMÓN EN FUNCIÓN DEL MEDIO DE PROCEDENCIA

Garrido Fernández, M.J.; Garrido, M.J.; Fernández Silva, M.J.; Díaz Grávalos, G.J.;

Centro de Salud A Ponte; Centro de Saalud Cea;

OBJETIVOS: Determinar la asociación del medio de procedencia con la demora diagnóstica (DD) del cáncer de pulmón (CP), entendida como el tiempo entre diagnóstico de sospecha (DS) y de confirmación (DC), en la provincia de Ourense.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron 100 pacientes diagnosticados de CP entre 2006 y 2010 en el Complejo Hospitalario de Ourense, seleccionados de forma aleatoria. Se determinó a partir de sus historias clínicas hospitalarias: Edad, sexo, medio de procedencia (rural/urbano), lugar y fecha de la primera consulta por la enfermedad (DS), fecha de estadificación (DC) y tiempo de DD (diferencia entre DC y DS).

RESULTADOS: La media de la edad al diagnóstico era de 73,1 años (DE 10,7). 88,1% eran varones y 53,5% procedían del medio rural, siendo 86,1% fumadores actuales o pasados. El primer contacto se produjo con el médico de familia (MF) en 27,7% de los casos, en urgencias (URG) en 41,6% y en servicios hospitalarios (HOSP) en 30,7%. La media de la DD fue 36,1 (48,6) días (IC95 26,5 - 45,7). El análisis multivariante mostró asociación negativa de la DD con la procedencia del medio rural ($B = -19,9$; $p = 0,04$) y un primer contacto por la enfermedad con el MF ($B = -27,7$; $p = 0,02$) o URG ($B = -38,5$; $p = 0,001$).

CONCLUSIONES: La procedencia rural y un primer contacto con el médico de familia o urgencias se asocian a una menor demora diagnóstica en los pacientes con cáncer de pulmón.

24 HORAS EN URGENCIAS

De la Paz Solís, A; Pose Vilares, M; Roca Romero, A; Muquebil Ali Shaba, O; Modroño Freire, M; Sánchez Cougil, M;

Centro de Salud A Cuña, Mariñamansa

Ante la utilización inadecuada de los servicios de urgencias, nos planteamos intentar conocer el porque los pacientes no habían acudido previamente a su médico de atención primaria. Para ello diseñamos una encuesta que se realizó en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias durante 24 horas.

Consultaron 310 personas mayores de 14 años, 242 respondieron. La media de edad fue 55.6 años (rango 14-100).

El 57% acudieron por iniciativa propia y solo el 23% derivados desde atención primaria.

Un 76.8% refiere haber acudido en más de una ocasión el último año. La sensación de gravedad, la incompatibilidad horaria y la atención inmediata fueron en este orden las principales causas de utilizar este servicio. El 52.5% consideraba su problema muy urgente, el 30.6% urgente y el 16.9% reconocían poder esperar 24 horas.

Los motivos de demanda asistencial principales resultaron los síntomas del aparato locomotor (22.3%), un 9% traumatismos; los síntomas atribuidos al aparato respiratorio (21%), la disnea representa un 9.9%, y los del aparato digestivo 17.8%, siendo el dolor abdominal el 8.7% .

Destacar que sólo un 4.8% de los pacientes percibía sensación de falta de medios en Atención Primaria, que el grado de confianza en su médico para el 53.1% era muy alto aunque un 13.2% manifestaban no conocerlo.

A pesar de que los pacientes afirman tener una elevada confianza en su médico de atención primaria, a la hora de acudir a un servicio de urgencias, lo que impera es el tipo de atención inmediata que reciben.

LA IMPORTANCIA DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

Díaz García, B.;

Centro de Salud San José, A Coruña

DESCRIPCIÓN CASO: Varón de 66 años que acude a urgencias con su esposa por mareo sin pérdida de conocimiento. El paciente se encuentra lloroso, con dificultad del habla (farfullante) y discurso poco fluido reiterando que "su mujer no le quiere y que sus hijos ya no le obedecen". Se encuentra desorientado en espacio, no

recuerda su segundo apellido ni el nombre de sus hijos. Su esposa refiere que lleva semanas con ánimo bajo, muy irritable y con discusiones frecuentes. Desde hace una semana violento con cuadros de desorientación.

No antecedentes psiquiátricos.

EXPLORACIÓN: Lesión hiperqueratósica negruzca de bordes irregulares en trapecio izquierdo.

Adenopatía axilar izquierda dura, móvil. Bultoma axilar derecho.

PRUEBAS: TAC, RMN cerebral: múltiples masas tumorales hemorrágicas en ambos hemisferios cerebrales con importante edema vasogénico compatibles con metástasis.

PAAF adenopatía izquierda: compatible con metástasis de melanoma.

Biopsia lesión hombro: confirma melanoma.

DIAGNÓSTICO:

1. Melanoma estadio IV. Enfermedad metastásica cerebral.
2. Síndrome confusional secundario a 1.

RELEVANCIA ATENCIÓN PRIMARIA: Considerar la posibilidad de enfermedad orgánica de base ante patología psiquiátrica sobre todo en pacientes sin antecedentes personales, inicio brusco del cuadro, mayores de 65 años, elementos de síndrome confusional y síntomas depresivos o ansiosos inusualmente intensos.

Reforzar la necesidad de la vigilancia de nevus y lesiones cutáneas por parte de nuestros pacientes, instruirles en el ABCDE y facilitarles que nos consulten las mismas.

25 DE NOVIEMBRE. SALA C

ALUCINACIONES EN EL ANCIANO

López Fernández, I.; Blanco Río, A.; Rodríguez Bouza, H.;

Servicio Urgencias Hospital Xeral Vigo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

MOTIVO CONSULTA: Mujer de 79 años, con ceguera total por retinopatía diabética, consulta porque desde hace meses ve a su madre, ya fallecida, vestida de blanco metida en una bola de cristal y dependiendo del día la bola cambia de color. La situación no le agobia porque es consciente de que es irreal. No alucinaciones auditivas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

ACP: rítmica, murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Normal.

Miembros inferiores: insuficiencia venosa.

NRL: Orientada en tiempo, espacio y persona, ceguera bilateral, memoria reciente y remota conservadas, fuerza y tono conservados, sensibilidad y reflejos osteotendinosos alterados por neuropatía diabética.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bioquímica con hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico y serología luética normales; hemograma, electrocardiograma y radiografía tórax normales; test de depresión negativo; TAC craneal: Leucoaraiosis. Juicio Clínico: Síndrome de Charles-Bonnet.

TRATAMIENTO: Tranquilizar y explicar al paciente la benignidad del cuadro.

IMPORTANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Las alucinaciones visuales son síntomas comunes en la población geriátrica. Pueden aparecer en personas sanas o estar originadas por patología neurológica, psiquiátrica o sistémica, donde se manifiestan aisladas o dentro del delirium.

El Síndrome de Charles-Bonnet se caracteriza por la aparición de alucinaciones complejas asociadas a una deficiencia visual bilateral, en ausencia de otra patología y obliga a hacer diagnóstico diferencial de las causas que desencadenan esta sintomatología en el anciano.

El interés radica en que al ser un síndrome poco conocido, muchos pacientes terminan siendo considerados dementes o portadores de un cuadro psicótico, por lo que se precisa una buena orientación clínica y valoración geriátrica.

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: UN DIAGNÓSTICO POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Espantoso Romero, M.; Duarte Pérez, A.; Callejas Cabanillas, P.A.;

Centro de Salud de Teis

DESCRIPCIÓN CASO: Varón 66 años, desde la infancia múltiples fracturas óseas ante traumatismos menores (tibia derecha, rótulas, codos, clavícula derecha, húmero derecho, falanges, costales...) e hipoacusia bilateral de aparición temprana. Antecedentes familiares: fragilidad ósea y escleras azules en abuelo paterno (fallecido), padre (fallecido), hermano (fallecido tras accidente de tráfico), tía paterna y primo (viven)

EXPLORACIÓN FÍSICA: Escleróticas azules. Dientes discolorados/mala conservación. Faltan piezas. Hipoacusia severa. Cifosis

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Serie ósea: En octava, novena, décima costillas derechas y arcos costales izquierdos lesiones en relación con cayos de fractura. Osteoporosis difusa. Aplastamiento D10

Potenciales evocados auditivos: Hipoacusia severa, cofosis OD

Ecocardiografía: Insuficiencia valvular aórtica moderada-severa

Análítica: Ca 7,9

DIAGNÓSTICO: Osteogénesis imperfecta (OI) tipo IB

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Como médicos de familia debemos recordar la máxima "sólo vemos lo que conocemos". Hacemos las preguntas adecuadas, saber qué debemos buscar y hacer una correcta discriminación es la base para una buena práctica clínica. Asociando al historial de múltiples fracturas de nuestro paciente, la presencia de malformación dental y escleras azuladas llegamos al diagnóstico clínico. La OI es un trastorno genético cuyo diagnóstico debe considerarse en pacientes con fragilidad ósea y/o baja estatura, escoliosis, deformidades craneales, escleras azules, pérdida auditiva, opalescencia/ deformidad dental, malformaciones óseas, incremento de laxitud de ligamentos o piel, valvulopatías, fragilidad capilar.

CASO CLÍNICO: BRADICARDIA POR BETABLOQUEANTES EN COLIRIO

Romero de Ávila Cabezón, G.; Romero de Ávila Cabezón, G.; Muñiz Mariño, V.; Núñez Fernández, M.;

PAC Vigo Centro

DESCRIPCIÓN: Anamnesis: Paciente de 55 años que acude al Punto de Atención Continuada (PAC) por presentar desde ese día mareo sin giro de objetos, pérdida de conocimiento, dolor torácico o disnea, y que le persiste a su llegada al Servicio. No otros síntomas.

Antecedentes: Glaucoma tratado con timolol colirio.

Exploración física:

- CyO. BEG. BHYP. TA 130/60. FC 42. So2 98%. Afebril.
- AC: Rítmica sin soplos.
- AP: MVC. No ruidos patol.
- Neurológico normal.

Pruebas complementarias:

- ECG: Bradicardia sinusal a 40 lpm, eje normal, resto normal.

Plan: El paciente se encuentra estable. Administramos 0.5 mg de Atropina, sin respuesta. Se traslada a hospital en ambulancia medicalizada por nosotros.

En hospital:

- Analítica normal, incluyendo enzimas cardíacas.
- Se ingresa en UCI, monitorizado.

Juicio clínico: Bradicardia por betabloqueante en colirio (efecto ya descrito en ficha técnica).

Evolución: La retirada del fármaco durante tres días logra la normalización de la frecuencia.

RELEVANCIA: Los betabloqueantes en colirio son fármacos habituales en Atención Primaria, y con frecuencia despreciamos el riesgo de efectos secundarios. Aunque la absorción sistémica es ínfima, están descritos efectos adversos en asmáticos, cardíopatas y diabéticos, en los que habría que optar por el betaxolol (cardioselectivo). Si el paciente es de alto riesgo, la terapia puede elevarlo significativamente.

PLACAS EN TRONCO

González Feijoo, MJ; Menéndez Rodríguez, M.;

Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa (Ourense)

MOTIVO DE CONSULTA: Lesiones cutáneas en cara anterior de abdomen de un año de evolución, asintomáticas (no prurito no dolor ni molestias).

Antecedentes Personales: Mujer de 70 años de edad Diabética tipo II a tratamiento con ADO (metformina y gliclazida) y dislipémica bien controlada a tratamiento con fibrato(gemfibrozilo).

EXPLORACIÓN FÍSICA: Dos placas ovaladas endurecidas acrómicas (marfil brillante) con borde hiperpigmentado mal definido localizadas en tronco bajo las mamas de aspecto atroficas. Asintomaticas a palpación.

No Raynaud No telangiectasias. Resto de piel normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análítica: FR negativo, ANA negativo

PUNCH de lesión cutánea

Hipótesis Diagnóstica:

1. Morfea circunscrita evolucionada.
2. Liquen escleroatrofíco
3. Melasma
4. Infección por *Borrelia burgdorferi*

PLAN: toma de biopsia.

Biopsia cutánea de piel de abdomen: Compatible con ESCLERODERMIA ESTADIO TARDIO (ausencia de componente inflamatorio).

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: A la vista de los resultados, solicitamos analítica y derivamos a dermatología.

El dermatólogo confirma el diagnóstico de MORFEA CIRCUNSCRITA y trata con tacrolimus tópicos.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Utilidad de teledermatología y de la cirugía menor atención primaria.

Importancia de la clínica ya que el diagnóstico de morfea es clínico, si bien se confirma por biopsia.

Revisión de la esclerodermia sistémica y esclerodermia localizada ó circunscrita.

CAÍDA, ACÚFENOS Y AAS.

Espiñeira Brañas, M.I.; Gómez Fernández, P.M.;

Centro de Salud San José B, A Coruña

Varón de 72 años

A tratamento con 150 mg de AAS por una cardiopatía isquémica.

En Diciembre sufre una caída de una escalera.

En urgencias es diagnosticado de fisura costal que tratará con metamizol para el dolor.

Dos semanas después acude a la consulta relatando cervicalgia, mareos, acúfenos y cefalea que cede con 575 mg de metamizol diario. Se remite a ORL.

Acude en Febrero a la consulta por persistir con la misma clínica y lo relaciona claramente con el traumatismo que había tenido hace dos meses, aunque estaba seguro que no se había golpeado en la cabeza.

A la exploración neurológica sólo se objetiva cierta inestabilidad en la marcha.

Se remite a urgencias, en donde se realiza un TAC craneal:

DIAGNÓSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO BILATERAL

Se observa imagen convexa bilateral, isodensa con el parénquima

No se necesita un traumatismo craneal directo para que aparezca hemorragia subdural; bastan las solas fuerzas de aceleración, sobre todo en:

- Ancianos

-Tto. Anticoagulantes

-Tto. antiagregantes

La cefalea es una manifestación clínica frecuente, pero la cervicalgia, los acúfenos y el mareo son manifestaciones poco frecuentes de un hematoma subdural crónico.

26 DE NOVIEMBRE. SALA A

DOCTORA, ESA SANGRE NO ES MÍA.

Herrera Díaz, L.D.; Modroño Freire, M.J.; De La Paz Solís, A.;

Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa (Ourense)

COMUNICACIÓN: Mujer de 77 años, G2P2A0, menopausia a los 53. Diabética e hipertensa, sin otros antecedentes de interés.

Acude a consulta en julio del 2008 refiriendo coitorragia. El examen clínico y ginecológico es normal. Disponemos de una única citología realizada en mayo/2008 negativa. Es derivada al ginecólogo quien completa el estudio con una ecografía vaginal. Ante la normalidad de todas las pruebas recomienda actitud expectante y revisión en un año. Durante este tiempo persisten coitorragias leves. Meses después la paciente acude a consulta y nos comenta: "Doctora, ¿recuerda el sangrado con el coito?, No es mío, es mi marido".

Valorado el esposo, de 81 años y ante la presencia de hematuria más PSA elevado se deriva para completar estudio en Urología.

RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: La hematospermia a pesar de ser indolora, es un signo que causa gran ansiedad. Si bien en la mayoría refleja una enfermedad benigna y en el 75% es autolimitada, los casos recurrentes deben ser estudiados por el especialista. La etiología es diversa, desde causas iatrogénicas, infecciosas, inflamatorias o tumorales.

Es interesante destacar los casos que pasan "inadvertidos" (eyaculaciones intravaginales) como el que se describe, donde cabe resaltar que el trabajo en Atención primaria no termina con derivar al paciente, sino que somos responsables del seguimiento, y en el caso que no se encuentre solución en la consulta del especialista el paciente en ningún momento deja de ser "nuestro" paciente.

OTRO GRAN SIMULADOR: IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez Gómez-Aller, L.; Mejuto Carril, S.; Felez Carballeda, M.;

Centro de Salud Elviña-Mesoira

Presentamos mujer de 66 años, con antecedentes de HTA, adenoma de colon y enfermedad diverticular que en control rutinario de HTA refiere desde hace 48h dolor en hipocondrio izquierdo sin clínica acompañante. En exploración física se objetiva abdomen no doloroso con masa abdominal indurada en hipocondrio izquierdo.

Se realiza ecografía objetivándose lesión heteroecoica, mal definida que parece proceder del riñón izquierdo el cual esta totalmente desestructurado.

Se deriva para estudio, realizándose TAC que confirma masa renal exofítica, afectación ganglionar e infiltración de otras estructuras, sometiéndose a cirugía, quimio y radioterapia.

El cáncer de células renales (CCR) es la neoplasia más letal de la patología urológica. Presenta mayor incidencia en países desarrollados y sexo masculino. Clínicamente puede presentarse con la triada de Guyon (hematuria, masa lumbar y dolor) o bien ser asintomático hasta etapas evolucionadas (50%).

La ecografía abdominal es el gold estándar para su despistaje en AP por accesibilidad y ausencia de efectos secundarios, ayudándonos a diferenciar tipos de masas renales.

EL CCR suele presentarse ecográficamente como lesiones sólidas más o menos ecogénicas que el parénquima renal, a veces con zonas de baja ecogenicidad o pseudoquisticas por necrosis y hemorragia. Los márgenes pueden ser bien delimitados o irregulares por infiltración de los tejidos vecinos. La exactitud de la ecografía en el diagnóstico está sobre el 90%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LAS MASAS RENALES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mejuto Carril, S.; Rodríguez Gómez-Aller, L.; Caeiro Castelao J.M.;

Centro de Salud Elviña-Mesoira. A Coruña

Presentamos el caso de una paciente de 64 años, a seguimiento por hepatopatía crónica no alcohólica que acude a consulta para control ecográfico rutinario.

Se objetiva de manera incidental masa renal de 7x5 cm en polo inferior renal derecho ligeramente hipoeoica respecto parénquima renal, con zonas anecoicas en su interior, siendo nuestra primera sospecha diagnóstica masa de origen neoplásico (confirmada con TAC). Importante resaltar que hasta en un 50% de los casos el hallazgo de una neoplasia renal es incidental, de ahí la importancia de tener una sistemática ecográfica que permita revisar toda la cavidad abdominal de manera rápida, independientemente del motivo por el que se realiza la técnica.. Desde el punto de vista de atención primaria la ecografía es de gran utilidad para diagnóstico y seguimiento de masas renales, tratándose de una técnica accesible, incruenta y que permite posterior seguimiento.

Fundamentalmente las lesiones renales que encontramos en AP suelen ser quistes simples. Se observan como lesiones de pared lisa, bien delimitada, sin ecos en su interior y con refuerzo acústico posterior. La clasificación de Bosniak ayudará a su estadiaje preciso. Es importante distinguirlos tanto de los quistes atípicos de morfología irregular o con contenido, como de lesiones hipo o anecoicas sin refuerzo acústico. Estas últimas junto con otro tipo de lesiones, como las hiperecoicas, requerirán un seguimiento ecográfico frecuente o estudio mediante otras técnicas de imagen .



NEUMONÍA BILATERAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Martínez González, L.; Martínez González, L.; Teijo Vázquez, T.;

Centro de Salud de Cambre. A Coruña.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 47 años, fumador, que acude al Servicio de Atención Continuada del Centro de Salud de Cambre por un síndrome febril de 4 días de evolución, con tos moderada y dolor pleurítico en costado izquierdo, asociado a sudoración profusa vespertina y leve pérdida de peso no cuantificada. Ante la sospecha de tuberculosis pulmonar se deriva a su Médico de Atención Primaria para estudio. Ya en la consulta se solicita Radiografía de Tórax, Mantoux y cultivo de esputo. En la Radiografía de Tórax se observa un infiltrado en lóbulo inferior izquierdo compatible con neumonía, y una lesión nodular en lóbulo superior derecho sugestiva de neoplasia como primera posibilidad. Recibe tratamiento antibiótico con resolución progresiva de ambas lesiones en sucesivos estudios radiológicos. Con estos datos se descarta que la lesión nodular derecha se tratara de un proceso neoplásico y se confirma el diagnóstico de neumonía bilateral. Se solicita estudio de inmunidad, resultando todas las pruebas anodinas.

RELEVANCIA CLÍNICA: En nuestra opinión este caso es de interés en el ámbito de Atención Primaria en primer lugar por la baja prevalencia de neumonías bilaterales en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, y en segundo lugar porque tanto el diagnóstico como el manejo terapéutico se realizó desde la consulta de Atención Primaria.

LESIONES DESCAMATIVAS EN MIEMBROS INFERIORES

Gonzalez Feijoo, MJ; Menéndez Rodríguez, M;

Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa. Ourense



MOTIVO DE CONSULTA: Lesiones cutáneas de seis meses de evolución en caras anterior y medial de ambas piernas no pruriginosas.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, HBP DM 2 con afectación de órganos diana: Retinopatía Diabética. y Proteinuria No AMC. Tratamiento actual: metformina, tromalyt, losartan/HCTZ 100/25.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Lesiones violáceas descamativas en ambas piernas más intensas en cara pretibial izquierda, bien delimitadas.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA:

1. Necrobiosis diabetica
2. Dermatitis
3. Psoriasis

PLAN: Realizamos interconsulta por tele dermatología: el dermatólogo descarta necrobiosis pareciéndole más probablemente LESIONES PSORIÁSICAS vs DERMATITIS DE CONTACTO vs ECCEMA DE ESTASIS y aconseja inicio de tratamiento tópico con metilprednisolona. Resolución en tres meses.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Actitud diagnóstica y terapéutica de lesiones cutáneas descamativas localizadas en extremidades inferiores.

GRANULOMAS CUTÁNEOS

Gonzalez Feijoo, MJ; Menéndez Rodríguez, M;

Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa. Ourense

NÓDULOS CUTÁNEOS

ANTECEDENTES PERSONALES: No Alergias Medicamentosas Conocidas.

VHC a tto durante un año con Ribavirina + IFN (finalizado hace 5 meses).

Enfermedad Actual: Varón de 47 años que consulta la aparición de lesiones cutáneas dolorosas al tacto en ambos antebrazos en lugar coincidente con las venopunciones. No otra clínica cutánea ni sistémica

EXPLORACIÓN FÍSICA: AP: mumullo vesicular conservado AC: rítmica, no se auscultan soplos.

PIEL: Nódulos subcutáneos violáceos simétricos bien delimitados de 2-3 cm de diámetro dolorosos a palpación localizados en flexura de ambos antebrazos. No otras lesiones cutáneas. No se palpan adenopatías en las principales cadenas ganglionares.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA:

Nodulos de tipo inmune: TB, SARCOIDOSIS, G. Anular, A. Reumatoide, LUES, Lepra.

Nodulos por cuerpo extraño: material de sutura, vegetales, madera...

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Realizamos interconsulta por teledermatología. El dermatólogo aconseja realizar biopsia y consulta presencial. Tras

Anatomía Patológica: GRANULOMAS NO NECROTIZANTES. BAAR negativo (técnica Ziehl-Neelsen).

Ante este resultado solicita RX tórax para descartar datos de sarcoidosis y/o adenopatías mediastínicas y deriva a Neumología.

Rx Tórax: sin alteraciones.

TC Torax: no hay alteraciones significativas a nivel pulmonar ni mediastínico.

Se extirpan los granulomas, el paciente se encuentra en observación para poder determinar la enfermedad granulomatosa de base.

RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: Utilidad de TELEDERMATOLOGÍA. Manejo de nódulos cutáneos en atención primaria.

