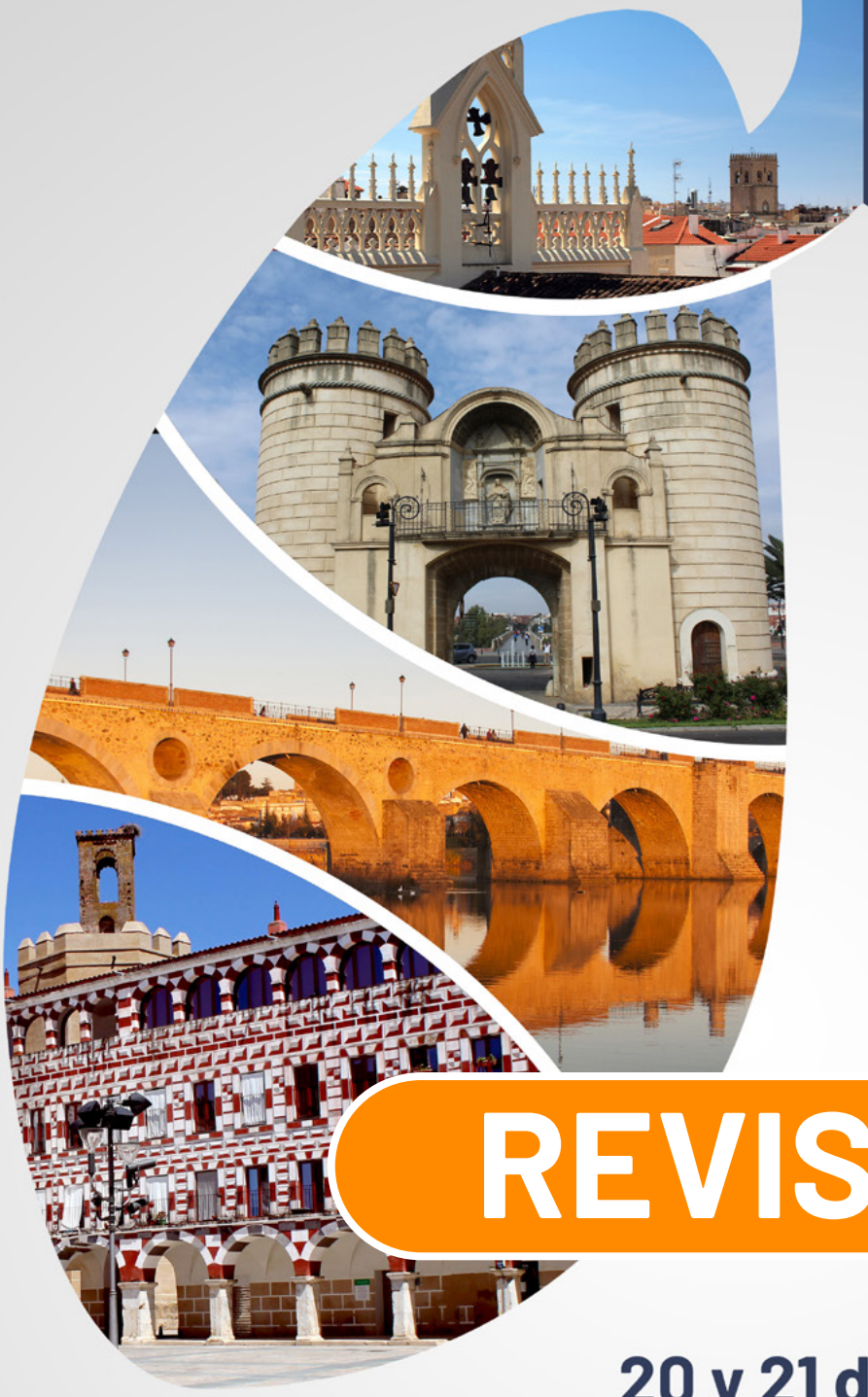

XI Jornadas Nacionales de Respiratorio SEMERGEN

REVISTA

20 y 21 de mayo

Palacio de Congresos
Manuel Rojas

BADAJOZ 2022

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP
CNC 0022-2022

www.semergen.es/jornadasrespiratorio
info@jornadasrespiratorio.com

#RESPIRATORIOSEMERGEN22

Secretaría técnica:
ap congress
C/Narváez 15-1ºizq
28009 · Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es

EDITORES

Dr. José Tomás Gómez Sáenz
Dr. Leovigildo Ginel Mendoza
Dr. José Hernández Úrculo
Dr. Antonio Hidalgo Requena
Dr. José Ignacio Prieto Romo
Dr. José Antonio Quintano Jiménez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Delio Vazquez Mallada
Dr. Francisco Vicente Martinez García
Dr. Raúl de Simón Gutiérrez
Dr. Leovigildo Ginel Mendoza
Dr. Antonio Hidalgo Requena
Dr. Bartolomé Leal Correa
Dr. Vicente Martín Sánchez

Número 6. Año 2022

Editor: Grupo de trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

Lugar: Badajoz

ISSN: 2445-415X

Copyright 2019. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra.

Estimados/as compañeros/as

Desde que se iniciaron estas **Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN**, allá por el 2011, hemos llegado a esta XI edición anual que nos habla de la consolidación de las mismas.

Las enfermedades respiratorias son las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo, y solo por comentar algunas cifras podemos decir que cerca de 65 millones de personas sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 3 millones mueren cada año, lo que la convierte en la tercera causa de muerte en todo el mundo. Con respecto al asma casi 334 millones de personas la sufren, siendo la enfermedad crónica más común en la infancia. La neumonía mata a millones de personas anualmente siendo una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años. Más de 10 millones de personas desarrollan tuberculosis (TB) y 1,4 millones mueren cada año, por lo que es la enfermedad infecciosa letal más común. El cáncer de pulmón es el cáncer más letal siendo en Extremadura el tumor con más incidencia de España generando alrededor de 600 fallecimientos anuales y más de los 90% relacionados con el tabaquismo. En todo el mundo, 4 millones de personas mueren prematuramente de enfermedades respiratorias crónicas. Qué decir de la exposición a humos tóxicos al que están expuestas al menos 2.000 millones de personas en interiores, 1.000 millones inhalan aire contaminante al aire libre y 1.000 millones están expuestas al humo del tabaco. Otras enfermedades muy prevalentes como el SAHS, y enfermedades intersticiales, etc, también tienen un papel importante en la patología respiratoria. Todo esto hace que sean necesarias jornadas como éstas que se van a realizar en Badajoz y en la que esperamos que acudan todos los compañeros que estén interesado en aportar o en actualizar sus conocimientos, deseando sea un foro donde pongamos en primer plano estas enfermedades que con tanta frecuencia se nos presentan en nuestras consultas diarias.

Queremos invitar a todos, especialmente a los residentes que son el presente y futuro de nuestra sociedad, os animamos a presentar trabajos de investigación, comunicaciones, casos clínicos, proyectos en patología respiratoria que puedan ayudarnos a mejorar nuestro trabajo diario con nuestros pacientes.

Como en todas nuestras jornadas anteriores tendremos relación con la población en nuestra carpa, ¿Cómo respira Badajoz?, para realizar educación sanitaria y sensibilizar y dar a conocer la patología respiratoria y adicciones que les afectan.

Quedamos en Badajoz, ciudad rayana con Portugal a nivel del "baixo Alentejo", con su recinto amurallado, el más largo de España y la Alcazaba árabe que es la mayor de Europa y una de las más grandes del mundo en cuanto a perímetro y extensión se refiere, con sus gentes que con sus raíces y relaciones con la vecina Elvas, y su climatología, nos confiere un carácter acogedor especial.

Para nosotros estas jornadas suponen un verdadero reto dada la calidad y desarrollo de las anteriores, pero con el trabajo y la ayuda de todos los compañeros de los distintos comités, y otros que sin aparecer ahí también colaboran esperamos poder estar a la altura.

Un afectuoso saludo a todos, en nombre de los que participamos para ofrecer las mejores jornadas posibles, y en su nombre

Un saludo a todos.

Comité Organizador y Científico

Comités

Comité Organizador

Presidente

Dr. Bartolomé Leal Correa
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Vicepresidente

Dr. José Ignacio Prieto Romo
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Talayuela. Cáceres. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Vocales

Dra. Marta Cruz Romo
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz

Dra. María José Gamero Samino
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Fernando. Badajoz. Miembro del GT de Medicina Basada en la Evidencia de SEMERGEN. Presidenta de SEMERGEN Extremadura.

Dr. José Tomás Gómez Sáenz
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. María González Gallardo
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Dr. José Hernández Urculo
Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Francisco Vicente Martínez García
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del GTde Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.

Dr. Miguel Ángel Prieto Díaz
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Miembro del GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular. Vicepresidente 4º de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Agencia de Investigación. Responsable de la Agencia de Jornadas y Congresos de SEMERGEN.

Dr. José Antonio Quintano Jiménez
Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidente

Dr. Victoriano Chavero Carrasco
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Cáceres. Miembro del GT de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

Vicepresidente

Dr. Antonio Hidalgo Requena
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Vocales

Dr. Lisardo García Matarín
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Ana Carmen Gil Adrados
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 3- Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro de los GT de Respiratorio y de Tutores de SEMERGEN.

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Diego Murillo García
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fregenal de la Sierra. Badajoz. Miembro de los GT de Diabetes y de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Luis Richard Rodríguez
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Sur. Miembro de los GT de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

Dr. Mariano Rodríguez Porres
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Ason. Ampuero. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Félix Suárez González
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. Miembro de la Cátedra SEMERGEN-UEX.

Dr. Delio Vázquez Mallada
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Área Bierzo. León. Miembro de los GT de Tabaquismo y de Respiratorio de SEMERGEN.

Información General

Fecha de Celebración y Sede

Fecha: 20 y 21 de mayo de 2022

Sede: Palacio de Congresos Manuel Rojas

Dirección: Rda. del Pilar, S/N, 06002 Badajoz

Secretaría Técnica:

ap congress

C/ Narváez 15,1ºizq.
28009 Madrid
Tel: 902 430 960 |Fax: 902 430 959
E-mail: info@apcongress.es

Acreditaciones científicas

Concedido el Reconocimiento de Interés Sanitario al Ministerio de Sanidad. Nº de registro: 202299900251699.

Concedida la Validación por la Comisión Nacional de Calidad de SEMERGEN. Expte: 022-2022.

Concedida la Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura con nº de expediente 249280093/3.

Programa Científico

Viernes 20 de Mayo

09:30-10:30h. Taller. Tos Crónica. Sesión 1.

Sala 1

Ponentes:

Dr. Luis Contreras Briones

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Luis Hernández García

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Los Castillos. Madrid.

09:30-10:30h. Taller. Urgencias en Respiratorio. Sesión 1.

Sala 2

Ponentes:

Dr. Alexis Arjona Bravo

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Casar de Cáceres. Hospital San Pedro de Alcantara. Cáceres.

Dra. Clara Gran Tijada

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Najera. La Rioja. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

09:30-11:30h. Taller. ¿Cómo hacer y comunicar un Proyecto de Investigación y un póster?

Sala 3

Ponentes:

Dra. Araceli Rodríguez Onieva

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sur Córdoba. Miembro del Gt de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Antonio Hidalgo Requena

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

10:30-11:30h. Taller. Tos Crónica. Sesión 2.

Sala 1

Ponentes:

Dr. Luis Contreras Briones

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Luis Hernández García

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Los Castillos. Madrid.

10:30-11:30h. Taller. Urgencias en Respiratorio. Sesión 2.

Sala 2

Ponentes:

Dr. Alexis Arjona Bravo

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Casar de Cáceres. Hospital San Pedro de Alcantara. Cáceres.

Dra. Clara Gran Tijada

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Najera. La Rioja. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

11:30-12:00h. Pausa Café

12:00-13:00h. Taller. Lo básico en las pruebas complementarias.

Sala 1

Ponentes:

Dra. Pilar Sáez Marco

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Hernández Urculo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelavega. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

12:00-13:00h. Taller. Nutrición y ejercicio en la EPOC.

Sala 2

Ponentes:

Dr. Victoriano Chavero Carrasco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro de los GTo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

Dr. Rodrigo Aispuru Lanche

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Valle de Mena. Burgos.

12:00-13:00h. Taller. Mini Píldoras en Respiratorio.

Sala 3

Ponentes:

Dra. María Aneri Vacas

Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Córdoba. SUAP de Montilla. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio SEMERGEN.

Dr. José María Ibancos Arnaldos

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

14:00-16:00h. Almuerzo de trabajo

16:30-18:00h. Taller. Pico de flujo en Atención Primaria en el control del paciente asmático. Sesión 1.

Sala Azul (Plenaria)

Ponentes:

Dr. Luis Richard Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerto Santa María Sur. Miembro de los GT de Nutrición, Respiratorio y Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Dr. Diego Murillo García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fregenal de la Sierra. Badajoz. Miembro del GT de Diabetes y de Respiratorio de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller. Casos clínicos de paciente con EPOC, ¿es posible el control? Sesión 1.

Sala 1

Ponentes:

Dr. Antonio Hidalgo Requena

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Milagros González Béjar

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro de los GT de Atención a la Mujer y de Respiratorio de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller. Más allá de las 24h de Control. Sesión 1.

Sala 2

Ponentes:

Dr. José Miguel Fernández Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril. Granada.

Dra. Ana Isabel Alarcón Escalonilla

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

16:30-18:00h. Taller. Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia. Sesión 1.

Sala 3

Ponentes:

Dra. Cristina Bonnardeaux Chadburn

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Valles. Ponientes. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Mariano Rodríguez Porres

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

18:00-18:30h. Pausa Café

18:30-19:30h. Puesta al día. Cáncer de Pulmón.

Sala Azul (Plenaria)

Moderador:

Dr. Francisco Vicente Martínez García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Locomotor de SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. José Tomás Gómez Sáenz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Rafael López Castro

Especialista en Oncología. Hospital Universitario Clínico Universitario de Valladolid.

Dra. Francisca Márquez Pérez

Jefa de Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz.

19:30-20:00h. Historia del Grupo de Respiratorio Semergen

Sala Azul (Plenaria)

Ponentes:

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Hernández Urculo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelavega. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Tomás Gómez Sáenz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

20:00-20:45h. Conferencia Inaugural. Enfermedades respiratorias: punto de vista psicosomático

Sala Azul (Plenaria)

Presentador:

Dr. Bartolomé Leal Correa

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Conferenciante:

Dr. Francisco Vaz Leal

Especialista en Psiquiatría. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario de Badajoz.

20:45-21:15h. Acto Inaugural

Sala Azul (Plenaria)

21:15h. Cóctel

Sábado 21 de Mayo

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones. Sesión 1

Conferenciante:

Dr. Victoriano Chavero Carrasco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro de los GTo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones. Sesión 2

Conferenciante:

Dra. Dª. Carmen García-Rámila San Jose

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones. Sesión 3

Conferenciante:

Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Periférico. Guadalajara. Miembro de los GT de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Posters. Totem 1

Conferenciante:

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Posters. Totem 2

Conferenciante:

Dr. Raúl de Simón Gutiérrez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Tabaquismo de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Posters. Totem 3

Conferenciante:

Dr. José Tomás Gómez Sáenz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

09:00-10:15h. Taller. Pico de Flujo en Atención Primaria en el control del paciente asmático. Sesión 2.

Sala Azul (Plenaria)

Ponentes:

Dr. Luis Richard Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerto Santa María Sur. Miembro de los GT de Nutrición, Respiratorio y Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Dr. Diego Murillo García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fregenal de la Sierra. Badajoz. Miembro del GT de Diabetes y de Respiratorio de SEMERGEN.

09:00-10:15h. Taller. Casos clínicos de paciente con EPOC, ¿es posible el control? Sesión 2.

Sala 1

Ponentes:

Dr. Antonio Hidalgo Requena

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Milagros González Béjar

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro de los GT de Atención a la Mujer y de Respiratorio de SEMERGEN.

09:00-10:15h. Taller. Más allá de las 24h de Control. Sesión 2.

Sala 2

Ponentes:

Dr. José Miguel Fernández Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril. Granada.

Dra. Ana Isabel Alarcón Escalonilla

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

09:00-10:15h. Taller. Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia. Sesión 2.

Sala 3

Ponentes:

Dra. Cristina Bonnardeaux Chadburn

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Valles. Ponientes. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Mariano Rodríguez Porres

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

10:15-11:15h. Puesta al día. Optimizando el tratamiento de la EPOC.

Sala Azul (Plenaria)

Moderador:

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

¿Porqué broncodilatar es tan importante en la EPOC?

Ponente:

Dr. Bernardino Alcázar Navarrete

Especialista en Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Respimat y ecosostenibilidad.

Ponente:

Dr. Raúl de Simón Gutiérrez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Tabaquismo de SEMERGEN.

11:00-13:00h. Jornada de puertas abiertas. ¿Cómo respira Badajoz?

Plaza San Atón

Coordinador:

Dr. José Hernández Urculo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelavega. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Participantes:

Dr. José Luis Castro Navarro

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Aguilar de la Frontera. Distrito Sanitario Córdoba Sur. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Delio Vázquez Mallada

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Área Bierzo. León. Miembro de los GT de Tabaquismo y de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Francisco Marchante Melero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Recinto. Ceuta. Miembro del GT de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

Dra. Mónica Sánchez

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ponferrada.

Dr. Juan Carlos López Caro

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Arturo Alonso Lobo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Proaza, Quirós y Teverga. Proaza. Asturias. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

11:15-11:45h. Pausa Café

11:45-12:45h. Puesta al día. Novedades en vacunación frente al Herpes Zóster

Sala Azul (Plenaria)

Moderador:

Dr. Victoriano Chavero Carrasco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro de los GTo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. Fernando Fariñas Guerrero

Director del Instituto de Inmunología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Grupo YNMUN Biomedicina. Universidad de Málaga.

Dr. José Manuel Helguera Quevedo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. Director Médico de LiveMed Iberia. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

12:45-13:45h. Puesta al día. ¿Cómo me puede ayudar la Triple Terapia Fija a controlar mejor a mis pacientes con EPOC?

Sala Azul (Plenaria)

Moderador:

Dr. Bartolomé Leal Correa

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. Juan Antonio Riesco Miranda

Especialista en Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Dr. José Ignacio Prieto Romo

Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Tietar. Centro de Salud de Talayuela. Cáceres. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

13:45-14:30h. Mesa de Actualidad. ¿Podemos controlar el asma? ControlASMApp.

Sala Azul (Plenaria)

Ponentes:

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Bartolomé Leal Correa

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

13:45-14:30h. Mesa de Actualidad. Alergia respiratoria en Atención Primaria.

Sala 1

Moderador:

Dr. Arturo Alonso Lobo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Proaza, Quirós y Teverga. Proaza. Asturias. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponente:

Dra. Ana Carmen Gil Adrados

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 3- Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro de los GT de Respiratorio y de Tutores de SEMERGEN.

13:45-14:30h. Mesa de Actualidad. Novedades en la vacunación frente a infecciones respiratorias

Sala 2

Ponentes:

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Álvaro Morán Bayón

Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Miembro de los GT de IMVAP y de Urgencias de SEMERGEN.

13:45-14:30h. Mesa. Estrategias eficientes para el abordaje farmacológico del tabaquismo.

Sala 3

Moderador:

Dr. Francisco Marchante Melero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Recinto. Ceuta. Miembro del GT de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

Ponente:

Dra. María Dolores Fernández Ortega

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Las Torres. Burgos.

14:30-16:00h. Almuerzo de trabajo

16:00-17:30h. Taller. Uso clínico de la terapia sustitutiva con nicotina. De la teoría a la práctica.

Sala Azul (Plenaria)

Ponentes:

Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Periférico. Guadalajara. Miembro de los GT de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

Dr. Delio Vázquez Mallada

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Área Bierzo. León. Miembro de los GT de Tabaquismo y de Respiratorio de SEMERGEN.

17:30-18:00 h: Entrega premios y Clausura

Sala Azul (Plenaria)

21:30 h: Cena de Clausura

Resumen de Ponencias

URGENCIAS EN RESPIRATORIO

Ponentes:

Arjona Bravo, Alexis [1], Gran Tijada, Clara [2]

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. (2) Residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción:

Las urgencias en respiratorio son muy habituales en la práctica clínica diaria del médico de familia, no sólo durante las guardias, sino también, en su jornada ordinaria habitual. Por ello, es de vital importancia tener conceptos claros para poder actuar con celeridad siendo eficientes y eficaces.

Desarrollo del tema:

En esta sesión se abordan tres casos de urgencias respiratorias, desde un punto de vista muy práctico, donde el discente responderá las cuestiones que se le plantean en el desarrollo del caso, y posteriormente se explicará la teoría que justifica las respuestas. En todo momento habrá una relación bidireccional entre los ponentes y discentes, donde se pueda preguntar a medida que se desarrollen los casos. Los temas que se tratan son: la crisis asmática, laringitis aguda y síndrome de agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Al tener el objetivo de hacer algo práctico, los oyentes responderán a las cuestiones que se le plantean sin saber el diagnóstico o la patología que se trata, guiados únicamente por la anamnesis, clínica y exploración física de los pacientes.

Los casos expuestos son muy relevantes para los médicos de familia, debido a la alta prevalencia en nuestro medio de estas patologías; destacando la importancia de un tratamiento rápido y ordenado; ya que, si no son tratadas de forma adecuada, pueden tener un desenlace fatal provocando la muerte del paciente.

Para la realización de los casos clínicos se ha tenido en cuenta las últimas recomendaciones en cuanto a guías clínicas y consensos hasta el momento de la realización.

Conclusiones:

Durante el desarrollo de los casos, se cumplió el objetivo principal del que se partió en el momento en el que se planteó la realización de la sesión; que no era otro, sino el de recordar el abordaje actualizado de estas patologías, de una forma amena y distendida; donde el discente pueda plantear cualquier duda y manifestar su experiencia personal.

Otro de los objetivos cumplidos fue el de generar debate entre los asistentes, siendo este muy enriquecedor, ya que se comentaron casos reales, planteando nuevas dudas y formas de proceder; dejando de manifiesto que, en nuestra práctica clínica diaria, no siempre es fácil aplicar la teoría recomendada por guías y consensos.

Bibliografía:

1. *Guía Española para el Manejo del Asma. GEMA 5.2, 2022. https://gemasma.com*
2. *Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 2020;1:75-82*
3. *JJ Soler-Cataluña, et al. Actualización 2021 de la guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC.*

CASOS CLÍNICOS DE PACIENTE CON EPOC ES POSIBLE EL CONTROL

Ponentes:

Hidalgo Requena, Antonio [1], González Béjar, Milagros [2]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro de los GT de Atención a la Mujer y de Respiratorio de SEMERGEN

Introducción:

GesEPOC 2021 propone la evaluación del paciente en 5 pasos: diagnóstico, estratificación de riesgo, caracterización de fenotipos, rasgos tratables y control.

Para diagnosticar un paciente de EPOC debe cumplir los siguientes criterios: exposición previa a factores de riesgo, presenta síntomas respiratorios y una obstrucción en la espirometría post-broncodilatación.

Desarrollo del tema:

GesEPOC propone una estratificación del paciente según el nivel de riesgo, entendido como la probabilidad de que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, futuras complicaciones, mayor consumo de recursos sanitarios o mayor mortalidad. En los pacientes de riesgo alto distingue 3 fenotipos: No agudizador, Agudizador eosinofílico o no eosinofílico.

Los objetivos generales del tratamiento de la EPOC se resumen en reducir los síntomas, disminuir la frecuencia y gravedad de las agudizaciones, mejorar la calidad de vida y la supervivencia. En cuanto al tratamiento farmacológico inicial, la guía GesEPOC propone un tratamiento basado en la administración de fármacos inhalados y guiado por síntomas en los pacientes de bajo riesgo y por fenotipo clínico en los de alto riesgo. Los pacientes de alto riesgo agudizadores eosinofílicos experimentan una mayor respuesta clínica a los CI y justifican el uso de los CI asociados a un LABA como primera opción para reducir el riesgo de agudizaciones. La respuesta a los CI presenta una gradación de acuerdo con la concentración de eosinófilos en sangre, por lo que pueden ser útiles también a concentraciones < 300 células/mm3, pero su eficacia será cada vez menor a medida que disminuya la eosinofilia periférica. El siguiente escalón terapéutico en los pacientes agudizadores eosinofílicos es la triple terapia CI/LABA/LAMA. Estudios recientes de triple terapia fija han demostrado una mayor eficacia en la mejoría de la función pulmonar, los síntomas respiratorios y una mayor reducción del riesgo de agudizaciones que la combinación LABA/CI. También la triple terapia ha demostrado una mayor reducción del riesgo de agudizaciones que la combinación LABA/LAMA, en especial en pacientes que tenían una mayor concentración de eosinófilos en sangre.

Conclusiones:

La adecuación del tratamiento debe realizarse en cada visita médica, en la que se deberán evaluar posibles cambios en el nivel de riesgo, fenotipo o la aparición de nuevos rasgos tratables. GesEPOC propone utilizar el control de la EPOC mediante la aplicación de una escala diseñada y validada para facilitar las decisiones terapéuticas, que se basa en una serie de variables de fácil obtención en cada visita

¿CÓMO ME PUEDE AYUDAR LA TRIPLE TERAPIA FIJA A CONTROLAR MEJOR A MIS PACIENTES CON EPOC?

Ponente:

Prieto Romo, José Ignacio [1]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Tietar. Centro de Salud de Talayuela. Cáceres. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción:

GesEPOC en su actualización en 2021 (1) diferencia entre pacientes de bajo riesgo y alto riesgo, con tres fenotipos: No agudizador; Agudizador eosinofílico; Agudizador no eosinofílico.

Desarrollo:

En el agudizador eosinofílico (> 300 eosinófilos/mm3, en sangre), se usan los CI/LABA como primera opción, con la triple terapia CI/LABA/LAMA, como siguiente escalón terapéutico. Estudios recientes de triple terapia fija han demostrado una mayor eficacia en la mejoría de la función pulmonar, los síntomas respiratorios y una mayor reducción del riesgo de agudizaciones que la combinación LABA/CI y la de LABA/LAMA. Estos estudios incluyeron pacientes sintomáticos y con agudizaciones frecuentes y graves a pesar de un tratamiento regular para su EPOC. En el estudio TRIBUTE (2), se demostraron mejoras sobre exacerbaciones moderadas y graves, síntomas matutinos y nocturnos y función pulmonar, cuando se asociaba un CI (Beclometasona Extrafina) a una asociación de una LAMA (Formoterol) + LABA (Glicopirronio) en pacientes con FEV1 <50, incluso sin existencia previa de exacerbaciones, con reducción de la tasa de mortalidad asociada a eventos no respiratorios (con dispositivo pMDI Modulite®). En el estudio IMPACT (3), con más de 10,000 pacientes, el uso del CI (Furoato de Fluticasona 92 mcg) asociado a LAMA (Umeclidinio 55 mcg) + LABA (Vilanterol 22 mcg), en dispositivo Ellipta ®, mejoró los síntomas, la función pulmonar y redujo las exacerbaciones en esta misma población, pero también en pacientes con FEV1 entre el 50 y el 80% con historia previa de dos o más exacerbaciones, observándose también, una reducción de mortalidad por

todas las causas. En el ETHOS, en las que el CI (Budesónida) se añadía al LAMA (Glicopirronio) + LABA (Formoterol), en dispositivo Aerosphere ®, se observó, igualmente, disminución de la mortalidad y de exacerbaciones, pero con resultados significativos, con la dosis alta de Budesonida (320/12h). En pacientes agudizadores no eosinofílicos con agudizaciones a pesar de tratamiento con LABA/LAMA se sugiere la triple terapia porque ofrece una mayor reducción en el riesgo de agudizaciones y un porcentaje mayor de mejoría en los síntomas que la doble broncodilatación.

Conclusiones:

Tanto las guías nacionales como internacionales de EPOC recomiendan la triple terapia en pacientes de riesgo alto que no se controlen con un tratamiento de mantenimiento LAMA-LABA o LABA-ICS y los últimos estudios sugieren un potencial efecto beneficioso en la disminución de mortalidad de los pacientes EPOC sintomáticos con un historial de exacerbaciones frecuentes y/o severas.

Bibliografía:

1. *Miravitlles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69-81.*
2. *Papi A, Vestbo J, Fabbri L, Corradi M, Prunier H, Cohuet G, et al. Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. Lancet. 2018;391(10125):1076-84.*
3. *Tabberer M, Jones CE, Kilbride S, Halpin DMG, Lomas DA, Pascoe S, et al. Single-Inhaler Triple Therapy and Health-Related Quality of Life in COPD: The IMPACT Study. Adv Ther. 2020;37(9):3775-90.*

TALLER PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Ponentes:

Hernández Urculo, José María [1], Sáez Marco, Pilar [2]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelavega. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción:

A la hora de abordar los problemas respiratorios en Atención Primaria, es básico y fundamental hacer un diagnóstico correcto y así poder prescribir el tratamiento más adecuado para el paciente. Por tanto, es imprescindible que el médico de AP tenga el mayor y mejor número de herramientas diagnósticas para llevar a cabo tal tarea.

Estas herramientas son muy variadas y han experimentado una gran evolución en los últimos 50 años, se va a hacer de ellas una selección de las que pueden ser más útiles y hayan demostrado su eficacia y efectividad.

Desarrollo del tema:

Ante cualquier paciente que acude a consulta por problemas respiratorio lo primero y fundamental es una anamnesis lo más exhaustiva posible. Ésta ha de ser seguida de una exploración física general y en este caso, orientada a una exploración del aparato respiratorio con la consiguiente auscultación pulmonar.

En cuanto a las demás herramientas diagnósticas citaremos las siguientes:

Pruebas complementarias: Analítica, radiografía de tórax, Peak-Flow, COPD6, espirometría, cooximetría, Cuestionario de Asma Control Test, escala m-MRC para disnea, Índice ADO y BODEX, Test de Epworth

Analítica - La analítica nos indicará si hay alguna alteración en el fluido sanguíneo que nos oriente en el diagnóstico o nos descarte patología.

Radiografía de tórax - La Rx nos indica si hay alguna alteración del parénquima pulmonar, como condensaciones neumónicas, masas tumorales o signos de fibrosis o imágenes de atrapamiento aéreo.

Peak-Flow - Útil para seguimiento de control de los pacientes asmáticos, es más una herramienta de control del asma. El paciente ha de hacer una espiración y contrastar el resultado con una tabla de valores según edad y talla corporal.

Espirometría - Herramienta imprescindible para el diagnóstico de alteraciones en el flujo respiratorio como asma o EPOC. El paciente ha de hacer una inspiración y una espiración profundas. Se basa en el análisis de la magnitud de los volúmenes pulmonares tanto estáticos como dinámicos, y la velocidad con la que son movilizados.

COPD6.- Es el volumen espiratorio forzado en 6 segundos (FEV_6). Los resultados no ofrecen falsos negativos. Aumenta la eficacia de las espirometrías, ya que reduce el número de éstas.

Cooximetría – Consiste en determinar el nivel de monóxido de carbono, (CO) en el aire espirado por un individuo. Para ello se usa el cooxímetro. Es de utilidad en fumadores.

Asma control Test - Es un test subjetivo y que en las respuestas del paciente nos indica el grado de control del asma.

Índice **BODEx y ADO** - Escala multidimensional que refleja el impacto de los factores pulmonar y extrapulmonar en el pronóstico y la sobrevida

Escala m-MRC - Este sencillo cuestionario sirve para cuantificar el grado de disnea del paciente.

Test de Epworth - Se utiliza para el diagnóstico de la Enfermedad Obstructiva del Sueño (SAOS). Mediante una serie de preguntas que indica el grado de somnolencia del paciente en su actividad diaria.

Conclusiones:

Como conclusión ante un paciente respiratorio además de una buena exploración física, hay una serie de herramientas diagnósticas que pueden ayudar a un mejor diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en AP.

NOVEDADES EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA

Ponentes:

Ginel Mendoza, Leovigildo [1], Morán Bayón, Álvaro [2]

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. (2) Médico de Familia. Centro de Salud la Alamedilla. Salamanca. Miembro de los GT de IMVAP y de Urgencias de SEMERGEN.

Introducción:

Las infecciones de las vías respiratorias son una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Según el estudio *Global Burden of Disease*, en 2017 se produjeron más de 10 millones de casos de infecciones del tracto respiratorio inferior. En 2019, fueron la 4ª causa de muerte en el mundo. *S. pneumoniae*, H. *influenza tipo b*, virus respiratorio sincitial y virus de la gripe han sido hasta el año 2020 los principales causantes. En los primeros meses de vida la *Bordetella pertussis*, causante de la tosferina, tiene mucha menor morbimortalidad. Capítulo aparte lo constituye la irrupción del SARS-CoV2, causante del COVID-19, que ha transformado el panorama a nivel mundial.

Mediante esta mesa de actualidad hemos descrito los principales agentes productores de enfermedades respiratorias de vías bajas, así como la prevención actual de las enfermedades que ocasionan mediante la utilización de vacunas cada vez más sofisticadas y eficaces. Realizamos una dedicación especial a las vacunas contra la neumonía neumocócica.

Desarrollo:

El neumococo, *Streptococcus pneumoniae*, es un microorganismo capaz de causar en humanos diversas infecciones y procesos invasivos severos. Se trata de una bacteria Gram positiva, su hábitat natural es la nasofaringe humana. La cápsula es la estructura más externa y el principal factor de virulencia.

La incidencia de neumonía neumocócica aumenta con la edad y con la presencia de patologías crónicas. Los adultos con enfermedades crónicas y mayores de 65 años tienen más riesgo de tener neumonía neumocócica, tener complicaciones y de ser hospitalizados por su causa. El riesgo en España de hospitalización por neumonía neumocócica en pacientes con EPOC se multiplica por 4.8 en relación a los pacientes sin factores de riesgo. En enfermedad cardiaca crónica este riesgo se multiplica por 13 y en diabetes casi por 40. Los pacientes con patologías crónicas y enfermedad neumocócica tienen peor evolución y mayor gravedad. En la infección respiratoria se incrementa, por ejemplo, el riesgo de Infarto de miocardio y este riesgo es proporcional a la gravedad de la infección. Existe mucha variabilidad en cuanto a su financiación en las diferentes Comunidades Autónomas.

En el momento actual, en España están comercializadas dos vacunas frente a la neumonía neumocócica. La vacuna conjugada 13 valente (VC13V) y la vacuna polisacarídica 23 valente (VP23V). La VC13V presenta una respuesta inmunitaria más potente y mayor duración de los anticuerpos. Ha de ponerse siempre en primer lugar y una sola vez en la vida.

Conclusiones:

La falta de recomendación por los profesionales sanitarios es el principal motivo para que el paciente de riesgo no esté vacunado en el caso de la vacuna frente a la neumonía neumocócica. Los médicos de familia debemos

conocer bien cuales son las principales barreras que dificultan una cobertura vacuna adecuada. Todos los dias vemos en consulta pacientes con enfermedades crónicas que no están vacunados, nuestra recomendación es clave para aumentar el grado de cobertura vacunal.

RESPIMAT Y ECOSOSTENIBILIDAD. OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DE LA EPOC

Ponente:

Simón Gutiérrez, Raúl [1]

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Tabaquismo de SEMERGEN.

Introducción:

Actualmente los residuos de medicamentos se han convertido en una amenaza creciente para el medio ambiente y su sostenibilidad[1,2]. En este sentido, la gestión de los residuos farmacéuticos generados en los domicilios particulares se encuentra regulada en distintas normas de carácter medioambiental y sanitario que permiten un tratamiento específico y diferenciado de dichos residuos[3,4]. Concretamente y teniendo en cuenta el área terapéutica de medicamentos para el sistema respiratorio, en nuestro país se desechan más de 6,5 millones de dispositivos de inhalación para la EPOC (mercado LAMA/LABA y LAMA)[5].

Desarrollo del tema:

Además, sabemos que un menor impacto medioambiental de los dispositivos de inhalación es una cualidad positivamente valorada por profesionales y pacientes[6,7]. También la industria farmacéutica ha sabido reconocer la importancia de este nuevo escenario, elaborando planes corporativos que pongan en valor una mayor protección medioambiental en sus circuitos de producción. Un modo de conseguirlo es facilitar la transición de economías lineales a otras más circulares con un mejor aprovechamiento de materias primas y sus desechos. De ahí surge la necesidad de incorporar nuevas cualidades como el ecodiseño, ofreciendo además por ello un valor de marca a sus productos sanitarios. Así pues, el ecodiseño, aplicado al envase farmacéutico, es una forma de diseño que analiza su impacto ambiental global en todas las etapas del ciclo de vida, desde la selección de materiales hasta su fin de vida y reciclado.

Un caso paradigmático de ecodiseño es la comercialización del nuevo dispositivo Respimat® recargable. En este caso, el nuevo dispositivo respecto al anterior presenta una misma apariencia y características técnicas, con los mismos pasos de carga y una idéntica nube de vapor suave[8]. No obstante, el nuevo dispositivo presenta además características novedosas, entre las que destaca su uso recargable a través de cartuchos desechables. Este uso con cartuchos desechables permitiría utilizar menos inhaladores al año y en definitiva generar menos residuos[9] y paralelamente menor huella de carbono[10]. Concretamente por ser recargable hasta con 6 cartuchos, se puede reducir el uso de 10 inhaladores anualmente por paciente[9]. Desde el punto de vista económico, reemplazar Respimat® desechable por el nuevo Respimat® recargable en España permitiría, en 2022, ahorrar 1,97 millones de inhaladores[11].

Igualmente debe cobrar mayor importancia el papel de profesionales y pacientes en el circuito de desecho de los inhaladores, una vez finalizada su vida útil. Un reciente estudio, diseñado para conocer cómo y dónde desechan los pacientes sus dispositivos de inhalación, mostraba que sólo un 43% de los usuarios de estos inhaladores los desechaba en el punto SIGRE de la farmacia, siendo un 30% los que lo hacían en el contenedor amarillo de plásticos, y un 24 % en el contenedor de residuos orgánicos[12]. A la vista de estos resultados, se intuye como necesario complementar la información sanitaria transmitida a los enfermos respiratorios crónicos, incorporando mensajes relativos al correcto desecho de los dispositivos de inhalación una vez finalizado su uso.

Conclusiones:

En definitiva, el ecodiseño no es sólo imagen, sino una vía para que la industria sea más competitiva, sostenible y socialmente responsable.

Bibliografía:

1. *A. Pérez Torres, V J. Baixauli Fernández. Tratamiento residual de los medicamentos (I). Envases y residuos. OFFARM Vol. 20. Núm. 4. 2001. 114-122.*
2. *Farmacontaminación. Impacto ambiental de los medicamentos. Información farmacoterapéutica de la comarca. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Osakidetza. Vol. 24 Núm. 10. 2016.*
3. *Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases.*

4. *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*
5. *Datos de ventas. IQVIA. Febrero 2018-Febrero 2019.*
6. *Liew K, Wilkinson AP280 how do we choose inhalers? Patient and physician perspectives on environmental, financial and ease-of-use factor Thorax 2017; 72: A235-A237.*
7. *Ramón A, Armengol S, Ortiz E, González-Rojas N. Horizonte 2030: ¿Es la sostenibilidad un factor importante en la elección del tratamiento de los pacientes con EPOC? P-59. XXXIX Jornadas de Economía de la Salud. Junio 2019.*
8. *Dhand, R., Eicher, J., Hänsel, M., Jost, I., Meisenheimer, M., & Wachtel, H. (2019). Improving usability and maintaining performance: human-factor and aerosol-performance studies evaluating the new reusable Respimat inhaler. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 14, 509.*
9. *Ficha técnica Spiolto® Respimat®. Boehringer Ingelheim.*
10. *Hänsel, M., Bambach, T., & Wachtel, H. (2019). Reduced environmental impact of the reusable Respimat® Soft Mist™ inhaler compared with pressurised metered-dose inhalers. Advances in Therapy, 36(9), 2487-2492.*
11. *Estimación en base a la proyección de ventas de Respimat® (Spiolto®, Yanimo® y Spiriva ®) con un uso máximo del inhalador (6 cartuchos por inhalador).*
12. *De Simón Gutiérrez R, et al. ¿Desechan correctamente los pacientes sus dispositivos de inhalación? Proyecto AIRE. Semergen 2021* ***https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.07.011***

NUTRICIÓN Y EJERCICIO EN LA EPOC

Ponente:

Chavero Carrasco, Victoriano [1]

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro de los GTo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

Introducción:

La desnutrición relacionada con la enfermedad se define como aquella deficiencia nutricional causada por la enfermedad o su tratamiento, incluida la hospitalización y las complicaciones. Siendo la EPOC una enfermedad inflamatoria cuenta como una de sus comorbilidades, la cual se presenta entre un 10-45% de los pacientes aumentando con la gravedad de la enfermedad, así como con la edad llegando a estimarse en un 63% en aquellos pacientes con EPOC moderada-grave (1). Son múltiples las causas por las que se produce la pérdida de peso en la EPOC, entre ellas destacan: Tabaquismo, baja ingesta, disminución de actividad física, las agudizaciones respiratorias y factores genéticos.

Desarrollo del tema:

Esta desnutrición acarrea una serie de consecuencias a nivel respiratorio como la disminución de la capacidad vital, el incremento de la resistencia al flujo aéreo, el incremento del volumen residual respiratorio el aumento del trabajo respiratorio, que exista menos fuerza para la tos y el retraso en la recuperación respiratoria. Esto va a conllevar a su vez un aumento de mortalidad, incremento de ingresos hospitalarios, disminución de la capacidad de ejercicio de la calidad de vida. (2)

Para intentar revertir esa situación se han propuesto diferentes medidas. Las medidas que se han visto como esenciales son el aporte de suplementación nutricional oral en una cantidad de como mínimo 400 Kcal/ día acompañado de ejercicio de baja intensidad en pacientes desnutridos (3) , ajustar el aporte calórico a sus requerimientos nutricionales que viene a ser de manera genérica entre 25-30 Kcal/Kg de peso. El aporte calórico debe estar entre 1.2-1.5 g/ kg de peso. Además, se recomienda que la ingesta de vitamina D debe ser la necesaria para mantener el nivel plasmático por encima de 30 ng/ml, para conseguir este objetivo se pueden aportar 50000UI semanales de colecalciferol durante 8 semanas. En otros estudios también se han propuesto otra serie de medidas entre las que destacan el aporte del 100% de los requerimientos diarios de vitaminas y oligoelementos en especial de vitaminas A, C, E y betacarotenos, el aporte de ácidos grasos omega 3 entre 1.1-1.6 gr/ día y el aporte de ácido linoleico conjugado.

Conclusiones:

En cualquier caso, todos los estudios tienen una gran heterogeneidad por lo que es necesario profundizar en la investigación para tener mayor evidencia científica.

Bibliografía:

1. *Annemie MWJ Schols, Roelinka Broekhuizen, Clarie A Weling-Scheepers, and Emiel F Wouters (2005). Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary Disease. Am J Clin Nutr 82:53–9.*

2. *Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. New England Journal of Medicine. 4 de marzo de 2004;350(10):1005-12.*
3. *Sugawara K, Takahashi H, Kasai C, Kiyokawa N, Watanabe T, Fujii S, et al. Effects of nutritional supplementation combined with low-intensity exercise in malnourished patients with COPD. Respir Med. diciembre de 2010;104(12):1883-9.*

ALERGIA RESPIRATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Ponentes:

Alonso Lobo, Arturo [1], Gil Adrados, Ana Carmen [2]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Proaza, Quirós y Teverga. Proaza. Asturias. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 3- Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro de los GT de Respiratorio y de Tutores de SEMERGEN.

Introducción:

Interrelación entre la rinitis y el asma. La inflamación de la mucosa de la vía aérea, por la exposición al alérgeno, es la causa del asma y la rinitis alérgica. Son dos manifestaciones de una misma enfermedad, la Alergia Respiratoria.

Desarrollo del tema:

Epidemiológicamente, el 80 % de los pacientes con asma presentan una rinitis asociada y 20-40 % de los pacientes con rinitis alérgica, van a desarrollar asma alérgica. Al ser la rinitis un factor de riesgo para padecer asma, debemos investigarlo. El tratamiento efectivo de la rinitis puede mejorar el asma.

Una mayor gravedad de una de las dos patologías, la rinitis o el asma, puede hacer que se subestime la otra. Resulta imprescindible realizar una correcta anamnesis, completa exploración física y todas las pruebas complementarias necesarias.

Los Endotipos se basan en los mecanismos fisiopatológicos, la inflamación, no bien definidos. ¿Qué influye más la genética o la epigenética[1]? Los Fenotipos se definen como las presentaciones clínicas, las características observables (clínicas, fisiológicas, morfológicas, desencadenantes), la expresión de interacción entre los genes y el ambiente y pueden cambiar en el tiempo. Se pueden superponer entre ellos. El asma es una entidad compleja, donde los mecanismos epigenéticos pueden mediar parte de los efectos que ejercen los factores ambientales sobre la historia natural de dicha enfermedad.

La mayor duración y gravedad de la rinitis alérgica puede condicionar una mayor probabilidad de padecer asma. También son factores de riesgo añadidos la atopia y la sensibilización a aeroalérgeno[3]

La enfermedad respiratoria alérgica (ERA) es una alteración del estado de salud ocasionada por la generación de anticuerpos IgE frente a aeroalérgenos que conduce a diferentes manifestaciones clínicas en la vía respiratoria superior y/o inferior, VÍA RESPIRATORIA ÚNICA, y que tiene como célula efectora al eosinófilo. Los aeroalérgenos son un factor de riesgo independiente para el desarrollo de asma o rinitis, y si es un alérgeno predominante aumenta de 4 a 20 veces el riesgo de asma.

El control de la ERA varía de forma significativa en función de la intensidad y duración de la exposición al alérgeno responsable[2].

El tratamiento se basa en el control de la reacción inflamatoria (descongestivos) y la reacción inmunológica (antihistamínicos), y los corticoides en ambas reacciones[3]. La inmunoterapia especifica de alérgenos puede prevenir el desarrollo de síntomas bronquiales en pacientes con rinoconjuntivitis alérgica en fases precoces y mejora el pronóstico de la enfermedad.

Conclusión:

La ERA va más allá, se incluyen los pacientes con manifestaciones clínicas de rinoconjuntivitis y/o asma bronquial de etiología alérgica. Un abordaje adecuado implica una valoración de la afectación de la vía respiratoria superior e inferior, estén o no presentes clínicamente en un momento preciso en un sujeto determinado. Las particularidades clínicas dependen del alérgeno desencadenante de los síntomas y de las características de la exposición, que deben tener mayor protagonismo en las decisiones terapéuticas en estos pacientes. El tratamiento farmacológico puede estar condicionado por la intensidad clínica de anteriores exposiciones alergénicas y no seguir la estrategia escalonada. La inmunoterapia con alérgenos ofrece un abordaje etiológico integral que puede modificar el pronóstico de la ERA y no debe condicionarse al fracaso del tratamiento farmacológico.

Bibliografía:

1. *Perpiñá Tordera Epigenética en el asma. Lo esencial. M. Rev Asma. 2016;1(2):31-40*
2. *Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA4.3. Madrid: Luzán 5; 2018. p*
3. *Global Initiative for Asthma (GINA) 2021.*

¿CÓMO HACER Y COMUNICAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y UN PÓSTER?

Ponentes:

Rodríguez Onieva, Araceli [1], Hidalgo Requena, Antonio [2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Sur de Córdoba. Miembro GT Respiratorio SEMERGEN. (2) Médico de Familia. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción:

El protocolo de investigación es un documento escrito que recoge los procedimientos, métodos y técnicas para llevar a cabo el estudio.

Debemos plantear una idea en forma de pregunta, y la revisión bibliográfica permitirá plantear si cumple las siguientes cuestiones fundamentales: Factibilidad, Interés, Novedoso, Ético y Relevante (FINER).

Desarrollo del tema:

El problema debería ser planteado en forma de pregunta. Esto supone dividir la estructura de la pregunta clínica en 4 partes bien diferenciadas, que se recogen en el acrónimo PICO, que facilita la formulación de la pregunta (de Paciente, Intervención, Comparador y Outcome).

El diseño del protocolo se va a ver condicionado por el Tipo de pregunta.

Los objetivos son los aspectos concretos que se pretenden clarificar, y son iguales a la pregunta. El objetivo general contesta la pregunta ¿qué quiero hacer? y los específicos ¿cómo lo voy a hacer?

En el apartado de Metodología debemos dar toda la información necesaria para que el estudio pudiera ser replicado. Para ello debemos decidir el diseño del estudio, la población (diana y muestra, definir las variables e instrumentos de medida, como será la recogida de datos y como los analizaremos.

En el diseño solo decir qué tipo de diseño vamos a utilizar, o como mucho, alguna matización en algún tipo concreto de diseño.

Para caracterizar la población diana se emplean los criterios de inclusión y criterios de exclusión. Ambos deben quedar claramente formulados. En el apartado de muestra se desarrollarán dos subapartados: marco muestral, tamaño muestral, y procedimiento mediante el que se elegirán a los sujetos integrantes de la muestra.

En el apartado de variables deben quedar explicitadas con gran detalle, todas y cada una de las variables que se utilizaran en el estudio, así como los instrumentos y procedimientos de medida necesarios. Deberemos "recoger tantas variables como sean necesarias y tan pocas como sea posible".

Conclusiones:

La estrategia de análisis y sus pasos deben planificarse adecuadamente y por anticipado. Para planificar adecuadamente la estrategia es necesario tener presente objetivo del estudio, variables que se van a recoger (tipo, escala y relación entre ellas: principal, factores, confusión).

Una vez realizado el estudio hay que dar a conocer sus resultados y una de las formas es mediante un POSTER. Su estructura es la siguiente: título, autores y centro de trabajo, introducción, objetivos, material y método, resultados y conclusiones.

ESTRATEGIAS EFICIENTES PARA EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Ponentes:

Fernández Ortega, María Dolores [1], Marchante Melero, Francisco [2]

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia del Centro de Salud Gamonal Las Torres. Burgos. (2) Médico de Familia del Centro de Salud Recinto. Ceuta.

Introducción:

El tabaquismo es un problema de salud pública con una prevalencia alta y consumo de recursos elevados[1].Es la primera causa prevenible de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como enfermedad adictiva crónica, caracterizada por la presencia de recaídas a lo largo de su evolución.[2]

El apoyo profesional puede multiplicar por diez las posibilidades de dejar de fumar. La finalidad de esta puesta al día es capacitar al personal sanitario de Atención Primaria, para realizar intervención sobre consumo de tabaco y conocer los tratamientos farmacológicos para ello.

Desarrollo del tema:

La evidencia científica reconoce como tratamientos farmacológicos para la cesación:

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN), Bupropion, Vareniclina y Citisina.

Está recomendada su utilización en los pacientes que deseen hacer un intento serio de abandono, la elección de una u otra opción, dependerá de la ausencia de contraindicaciones, tolerancia al tratamiento y preferencia del usuario

Las excepciones para su utilización de forma general son las contraindicaciones médicas, el embarazo, el periodo de lactancia y la adolescencia.

Fármacos: Terapia sustitutiva con Nicotina:

Administración de nicotina, en dosis suficientes para cubrir las necesidades basales con una dosificación y vía de administración con una velocidad de absorción menor, que evita que se genere dependencia. Formas de presentación: parches (24 y 16 horas), chicles, (2,4 mg) comprimidos (1,1.5,2, 4 mg) y spray (1mg).

Los parches dan lugar a una liberación mantenida y las otras presentaciones de forma puntual. Utilización de los parches 12 semanas.

Bupropión: Actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina, y en menor proporción de serotonina.[3]

Se absorbe en el tubo digestivo sin que la ingestión de alimentos interfiera en dicha absorción, atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria por lo que su utilización durante estas etapas (embarazo) está contraindicada.

También contraindicado si existe disminución del umbral de convulsiones.

La dosis inicial son 150 mg al día durante 6 días y a partir del séptimo día será de dos veces, separadas al menos 8 horas y 4 horas antes de acostarse. El tratamiento durará 9 semanas. Se ajustarán las dosis si I. renal, hepática y anciano

Vareniclina: Actúa como agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina α4β2.Se administra por vía oral. No es necesario ajustar la dosis en pacientes geriátricos, insuficiencia hepática; se ajustará insuficiencia renal grave.

Bupropión y Vareniclina se pueden usar en pacientes psiquiátricamente estables.

El 1 de Enero del 2020 se financiaron por el Gobierno Español, Vareniclina y Bupropión. En la actualidad estos fármacos han sido retirados del mercado, por sus niveles de Nitrosaminas.

Citisina:

Alcaloide vegetal con estructura química similar a la Nicotina. Agonista parcial nAchR del sistema dopaminérgico mesolímbico y aumenta moderadamente los niveles de dopamina. No disponemos de muchos estudios. La duración del tratamiento son 25 días.

Conclusiones:

Para concluir debemos recalcar que los profesionales de Atención Primaria han de conocer el tratamiento para el tabaquismo, ofrecerlo e individualizar el tratamiento a cada paciente.

Bibliografía:

1. *Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E.*
2. *El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2019; 93. Disponible en:* ***https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100014***
3. *Tabaco [Internet]. Who.int. [cited 2022 Feb 25]. Disponible en:* ***https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco***
4. *García-Galbis Marín J, Leal M, Hernández F, Abellán J. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. Semergen [Internet]. 2012;38(8):505-10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.018*

Comunicaciones

620/1. NÓDULO PULMAR EN FUMADORES: ALERTA

Autores:

Sánchez Jaén, Mónica Raquel[1], Piñón García, María[2], Juarez Moreno, Emilio[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León, (3) Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 57 años, exminero, enólico crónico en abstinencia, exfumador, con antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, polimialgia reumática y cirrosis hepática. En tratamiento con linagliptina 5 mg cada 24 horas, insulina glargina 70 unidades cada 24 horas, dapaglifozina 10 mg cada 48 horas. En seguimiento por Digestivo, le derivan a Neumología por masa voluminosa posiblemente neoplásica en el segmento basal posterior del lóbulo inferior del pulmón derecho. El paciente nos comentó en consulta pérdida de 4 kg en los últimos dos meses. No tos ni expectoración ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, TA 130/86, FC 75, Sat 02 94%.

Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos

Auscultación pulmonar: MVC, no ruidos patológicos

EAB normal.

Rx tórax: no signos patológicos.

Analítica: glucosa 299 mg/dL, Urea 24 mg/dL, creatinina 0.86 mg/dL, Na 141 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 96 mmol/, colesterol total 172, AST (GOT)103 UI/L, ALT (GPT) 61 UI/L, GAMMA GT 892 UI/L, fosfatasa alcalina 308 UI/L, bilirrubina total 2.8 mg/dL, proteinas totales 7.7 g/dL, albúmina 3.8 g/dL, LDH 240. Hemoglobina 16.2 g/dL, leucocitos 3.3 mil/µL (linfocitos 18.3%, neutrófilos 69.6%). Plaquetas 70mil/µL, volumen plaquetario medio 10.2. Coagulación normal.

TAC tórax con masa voluminosa en segmento basal posterior del lóbulo inferior del pulmón derecho con derrame pulmonar.

TAC abdomen: hepatopatía crónica sin LOES.

Espirometría: FVC 3270 (86%), FEV1 2500 (82%), cociente 76,43. DLCO 75. KCO 110.

PET/TC: Masa pulmonar en LID, con ligera actividad metabólica. Dada su ligera intensidad de captación no es posible confirmar la existencia de malignidad, aunque existen subtipos histológicos con escasa avidez por la FDG.

BAG pulmonar: tumor fibroso solitario de pleura

Se valora con cirugía torácica

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor fibroso solitario de pleura (T3NxMx)

Diagnóstico diferencial

Nódulo pulmonar solitario, metástasis, tuberculosis, silicosis.

Comentario final

Es frecuente encontrar de manera accidental en pruebas de imagen masas pulmonares en paciente asintomáticos. Con la mayor brevedad posible hay que realizar un correcto diagnóstico diferencial, siendo la prueba clave la anatomía patológica de la lesión así como estadificar la neoplasia para enfocar el tratamiento.

Bibliografía:

- *Trinidad López C, Delgado Sánchez-Gracián C, Utrera Pérez E, Jurado Basildo C, Sepúlveda Villegas CA. Incidental pulmonary nodules: characterization and management. Nódulo pulmonar incidental: caracterización y manejo. Radiologia (Engl Ed). 2019;61(5):357-369.*

620/2. EXPERIENCIA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON ASMA O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19: ESTUDIO NEUMOBIAL

Autores:

Prieto Romo, José Ignacio[1], Landete Rodriguez, Pedro[2]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talayuela. Talayuela. Cáceres, (2) Neumología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Resumen:

Objetivos

Describir el manejo de pacientes con asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) durante la pandemia de Covid-19. Analizar los cambios en las consultas de seguimiento y los ajustes de los tratamientos.

Metodología

Estudio ecológico de datos agregados en el que neumólogos españoles contestaron un cuestionario de 60 preguntas sobre sus últimos 10 pacientes, centradas en su caracterización y en los cambios en las consultas y los tratamientos durante la pandemia.

Resultados

Un total de 279 neumólogos respondieron al cuestionario. La mayoría (72%) consideraron que la pandemia impactó negativamente en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con asma y EPOC. El 17,3 ±23,7% de las consultas de EPOC y el 19,1 ±24,4% de las de asma se realizaron de forma telemática. El 95,4% y el 96,5% de los neumólogos destacaron retrasos en el cambio de tratamiento para EPOC y para asma, respectivamente. Según los neumólogos, los pacientes de EPOC tuvieron una buena adherencia al tratamiento (>80%: 45,7 ±27,8%, 50-80%: 47,4 ±26,2%, <50%: 16,3 ±12,4%), y la mayoría de los asmáticos (51,1 ±21,2%) mostraron buena adherencia al inhalador y el 32,8 ±16,4% adherencia intermedia. Los neumólogos consideraron que la falta de adherencia se debía principalmente al desconocimiento de la patología (75,3% en EPOC y 81,7% en asmáticos). Además, creen que el uso inadecuado del inhalador (59,5%) y su desconocimiento (57,3%) son claves en la adhesión. Los tratamientos para EPOC se eligieron principalmente por su principio activo (para el 30,3 ±21,1% de los pacientes) o por su facilidad de uso (24,7 ±15,6%). Para Gregal® Zonda®, destacaron su facilidad de uso (73,1%) y la posibilidad de comprobar que se ha inhalado toda la dosis (69,5%). En los pacientes asmáticos, los inhaladores se eligieron por su facilidad de uso (31,4 ±18,3%) y por la posibilidad de tener mantenimiento y rescate en el mismo inhalador (25,4 ±18%), recomendando el cambio a Biresp® Spiromax® por su facilidad de uso el 85,7% de los neumólogos.

Conclusiones

Según los neumólogos, los tratamientos se eligen por su facilidad de uso, y la adherencia a los mismos fue buena durante la pandemia, durante la cual se incrementaron las consultas telemáticas.

620/3. FIEBRE Q Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Autores:

López Serrano, María Ascensión[1], Ramírez Alonso, Olga[2], Venegas Henquen, Marnie[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 48 años, trabaja recogiendo animales muertos. Acudió a consulta por fiebre de 38.6ºC, cefalea de cuatro días evolución y disnea a mínimos esfuerzos con diagnóstico de sospecha infección por Covid-19 en contexto de pandemia. Acude de nuevo a los dos días por empeoramiento de los síntomas. Se le realiza RX tórax y ante la imagen compatible de neumonía se deriva al hospital para valoración. Diagnosticado de Fiebre Q durante su ingreso hospitalario, acude a consulta a los tres meses del alta por astenia generalizada, no hiporexia, pérdida 3 kg de peso, dolor cervical y en ESI con sensación de pérdida de fuerza y de masa muscular. La RX de control, exploración física y analítica son normales. Realiza fisioterapia en el centro de salud sin mejoría alguna. Se deriva a la unidad de diagnóstico rápido ante la persistencia de los síntomas. Tras trece pruebas de imagen (ECO, TAC,

RM, GAMMAGRAFÍA...) y analíticas correspondientes, se le da de alta en el servicio con el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica (SFC).

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico en reposo. Tª 38,3º. TA 147/91, FC 128 lpm, sat 94%. PCR SARS-CoV-2 negativo.

AC: Rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: no signos de TVP.

RX: Infiltrados nodulares en LSI y en región parahiliar derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Todas las serologías que se realizaron para SARS-CoV-2 fueron negativas, por lo tanto, el síndrome covid persistente parecía excluido del diagnóstico. Los síntomas físicos de malestar general y pérdida de peso orientaban más a un posible proceso orgánico.

Diagnóstico diferencial

Síndrome fatiga crónica, Fibromialgia, Síndrome paraneoplásico.

Comentario final

El SFC es una enfermedad compleja, debilitante, con pérdida importante de la actividad física y mental sin tratamiento curativo cuya etiología se desconoce. Gran número de patógenos víricos, bacterianos y protozoos se han relacionado con el SFC como es el caso de la fiebre Q, zoonosis causada por Coxiella burnetii causante de infecciones subclínicas en un 60%, pero en los casos sintomáticos cursan un 50% con neumonía atípica, hepatopatías y endocarditis.

Bibliografía:

- *Natelson BH, Brunjes DL, Mancini D. Chronic Fatigue Syndrome and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2021 Sep 7;78(10):1056-1067. doi: 10.1016/j.jacc.2021.06.045.*

620/4. NICTURIA COMO INDICADOR DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

Autores:

Macías Hernández, Irene[1], Sánchez Romero, Leonor[2], Maya Almeida, Araceli[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Varón, 42 años, Diabetes Mellitus tipo 2 tratado con antidiabéticos orales y medidas higiénico - dietéticas, presenta somnolencia diurna y nicturia no asociada a otra sintomatología urinaria. Ante factores de riesgo para (ITU) infección tracto urinario realizamos sistemático de orina y urocultivo con resultado negativo, sin tratamientos que aumenten diuresis ni ingesta patológica de líquidos por lo que centramos la entrevista en somnolencia diurna relacionada inicialmente a nicturia. Comenta pesadillas, irritabilidad, ganancia de peso secundario a la pandemia COVID y necesidad de siesta que no realizaba previamente, el familiar nos refiere ronquidos con pausas. Ante alta sospecha de AOS (Apnea obstructiva del sueño) solicitamos interconsulta a neumología para realizar PSG (polisomnografía) que diagnostica de AOS grave iniciando tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea). Junto a enfermería realizamos adaptación y detección de factores que predispongan a mala tolerancia de CPAP, detectando obesidad (reforzamos dieta y ejercicio) y rinitis (CPAP con humificador y antihistamínicos). Actualmente continuamos trabajando para adecuada cumplimentación con controles de tensión arterial ante inicio de cifras elevadas como parte del abordaje integral de un paciente con alto riesgo cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

T.A 165/99 mmHg. IMC 30. Auscultación cardiaca, pulmonar y abdominal anodina. Coanas permeables sin pólipos ni desviación de tabique. Senos faciales no dolorosos. Poliglobulia, glucosuria e IAH (Índice apnea/hipopnea) en PSG de 50.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Nicturia secundaria a AOS grave con repercusión en cifras tensionales.

Diagnóstico diferencial

Infección tracto urinario, nefropatía diabética, AOS.

Comentario final

La AOS, entidad frecuente y no siempre centrada en somnolencia diurna sino otros como nicturia, síntoma que los estudios relacionan con esta entidad y, que a diferencia del ronquido que precisa ser objetivado por terceros, el paciente si es consciente de levantarse al baño. Por otro lado, predispone a hipertensión arterial de mal control por lo que condiciona mayor morbilidad cardiovascular. Ambos, nicturia e HTA, responden al tratamiento con CPAP por lo que es importante su cumplimentación, la cual se facilita al detectar y corregir factores que dificulten su tolerancia como rinitis, reflujo gastroesofágico...

Bibliografía:

- *Oztura, I., Kaynak, D., & Kaynak, H. C. (2006). Nocturia in sleep-disordered breathing. Sleep medicine, 7(4), 362-367.*

620/5. AYUDAR A DEJAR DE FUMAR INTERVINIENDO SOBRE EL ESTILO DE VIDA: PATRÓN-ORO EN COSTE-EFECTIVIDAD Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Autores:

Salguero Chaves, Emilio[1], Ávila García, Raúl[1], Barranca Escobar, Mario[2], Cambero González, Pilar[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen:

Objetivos

Describir los resultados de 15 años de funcionamiento, en un centro de salud urbano, de una Consulta de Tabaquismo con atención integral sobre el estilo de vida de la persona, ofreciendo ayuda protocolizada con seguimiento para dejar de fumar, y atendiendo también, aprovechando la motivación del paciente para mejorar su salud y calidad de vida, al control del peso corporal y del consumo de alcohol, sin olvidar la promoción de la actividad física.

Metodología

Visitas individuales, concertadas, donde se ofreció información, motivación, apoyo, seguimiento, recursos online y fármacos (cuando fueron necesarios) buscando el abandono completo del consumo de tabaco, e interviniendo (brevemente, en cada visita) sobre hábitos de alimentación, actividad física y consumo de alcohol, como parte de la intervención conductual sobre el tabaquismo y para reducir aún más el riesgo de enfermar y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas. La denominamos "Estrategia 5-90": 5 visitas de media (días 1, 10, 30, 60 y 90) y unos 90 minutos de trabajo total: 30' en V1 + 4 visitas de 15' (seguimiento).

Resultados

Estudio antes-después, cuasiexperimental. El 55% de los 748 fumadores atendidos logró el cese completo de consumo, sin cambios significativos (medias) de peso corporal. Se recogió además un incremento del 93% en la actividad física realizada en el tiempo libre, una reducción del 42,3% en el consumo medio de alcohol, y un aumento del 27,05% en la calidad de vida autopercibida (escala analógica EuroQol-5D).

Conclusiones

La promoción del autocuidado y el abordaje de las conductas de riesgo representan las estrategias reconocidas como más eficientes y de menor riesgo para reducir la carga de enfermedad, dependencia y muerte prematura en los países desarrollados. Entre ellas, destaca la intervención en tabaquismo, cuya muy favorable relación beneficio-riesgo y coste-efectividad puede mejorarse si atendemos también a otros elementos modificables del estilo de vida del paciente. También, por el (necesario) desarrollo de las habilidades comunicacionales, el profesional obtiene grandes satisfacciones, que le ayudan a mantener su vocación y le protegen del desgaste profesional. Además, promover el autocuidado en otros nos ayuda a mejorar nuestro propio estilo de vida.

620/6. TOS PERSISTENTE

Autores:

Razak Soriano, Maryam[1], Colorado Sanchez-Arévalo, Luis[2], Leal Correa, Bartolomé[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Balboa. Badajoz, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 54 años sin AP de interés, no fumador, pintor de coches, vive con canarios y palomas, que acude por tos, dolor costal que relaciona con la tos y fiebre de dos semanas de evolución de inicio vespertino. No disnea. Se pauta amoxicilina-clavulánico 875/125 mg, formoterol/budesonida 160/4.5 microgramos y se solicita analítica y radiografía de tórax. Se revalúa en 10 días con resultados, refiere continuar con la misma clínica y pérdida de 5 kg, dado los hallazgos de las pruebas complementarias y la persistencia de la clínica se deriva a urgencias e ingresa para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: ACP: Rítmico, sin soplos, hipofonesis generalizada.
- Analítica: hemograma normal excepto eosinófilos 1240. Proteína C Reactiva 88.6.
- Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico normal, senos costofrénicos libres, infiltrados alveolares periféricos bilaterales de predominio en lóbulos superiores. Aumento de la trama broncovascular.
- TAC tórax: Se visualizan múltiples áreas de ocupación de espacio aéreo (consolidación) de distribución periférica y predominio en lóbulos superiores. Asocian tenues focos de vidrio esmerilado, engrosamiento de septos interlobulillares. Bronquiectasias por tracción en las consolidaciones y ligera pérdida de volumen. Hallazgos sugestivos de neumonía eosinofílica dada la clínica y evolución.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía eosinofílica.

Diagnóstico diferencial

Neumonía Adquirida en la Comunidad, Tuberculosis.

Comentario final

La neumonía eosinofílica crónica es una patología de origen desconocido, pero suele existir un factor desencadenante. Clínicamente se caracteriza por tos progresiva puede acompañarse de otros síntomas como fiebre, astenia y pérdida de peso. En las pruebas de imagen se suelen observar infiltrados pulmonares periféricos por eosinófilos (imagen de alas de mariposa negativa) y analíticamente cursa con eosinofilia. El tratamiento consiste en retirar el factor desencadenante y tratamiento con corticoides en pauta descendente.

Bibliografía:

- *Jaimes-Hernández J, Mendoza-Fuentes A, Meléndez-Mercado CI, Aranda-Pereira P. Neumonía eosinofílica crónica: ¿fenómeno autoinmune o enfermedad inmunoalérgica? Reporte de un caso y revisión de literatura. Reumatol Clin [Internet]. 2012 [citado el 24 de marzo de 2022];8(3):145–8. Disponible en: https://www.reumatologiaclinica.org/es-neumonia-eosinofilica-cronica-fenomeno-autoinmune-articulo-S1699258X11003238*

620/7. ABSCESO PULMONAR

Autores:

Razak Soriano, Maryam[1], Burguillos Duran, Manuel[2], Prieto Mayoral, Patricia[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 38 años con AP de DM2, fumador de menos de 1 paquete/día desde hace 20 años, ganadero de profesión, que acude por fiebre de dos días de evolución de hasta 40º de predominio nocturno, junto con tos con expectoración blanquecina, con esputos hemoptoicos ocasionales de coloración roja. Refiere dolor punzante en el hemitórax derecho que aumenta con la inspiración profunda. No disnea ni vómitos. Tiene animales (ganado y perros), refiere beber de forma habitual y estar pasando por recambios dentales. Dada la clínica y los hallazgos en la exploración se deriva a urgencias con posterior ingreso en Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

TA 137/83 FC 109 Saturación 02 96% Temperatura 38.2º. Boca no séptica.

- Exploración física: ACP rítmica, murmullo vesicular conservado con roncus aislados en la espiración profunda.
- PCR SARS COV2 negativa

- Analítica: Hemograma: leucocitos 18.870, neutrófilos 13.900, resto normal. Proteína C Reactiva 198.4.
- Radiografía de tórax: Senos costofrénicos libres. Índice cardiotorácico normal. Imagen compatible con absceso pulmonar en Lóbulo Superior Derecho.
- TAC tórax: imagen de cavidad con pared gruesa y nivel hidroaéreo en el LSD de 62x52x61 mm, compatible con absceso, no pudiendo descartar lesión tumoral abscesificada. Adenopatías perivasculares de más de 1 cm, leve neumonitis perilesional y discretas bronquiectasias parahiliares.
- Imagen hipodensa en el segmento 7 del hígado de 1.9 cm de diámetro con realce progresivo, de predominio periférico. Pudiéndose tratar de un angioma, absceso o tumor abscesificado, valorar RM para completar estudio.
- Inmunoglobulinas, autoinmunidad y subpoblaciones linfocitarias: normal.
- Hemocultivos, serologías atípicas, VIH, VHC, cultivo esputos: negativos.
- Pendiente IgE, serología hidatídica y RM hepática.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Absceso pulmonar cavitado en LSD.

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad cavitada, caverna por TBC, quistes broncógenos y proceso neoformativo.

Comentario final

El absceso pulmonar cavitado debe orientarnos a infección por agentes patógenos anaerobios, TBC y/o inmunosupresión. Por ello tras su detección debe ser remitido para ingreso hospitalario y estudio.

Bibliografía:

- *Guía Fisterra. Hemoptisis 2014.*
- *Bartlett J, et al. Lung abscess. Uptodate Mar 23, 2017.*

620/8. SAHS, UNA ENTIDAD "EMERGENTE"

Autores:

Peralta Álvarez, Jaime[1], Valverde Benito, Raquel Guadalupe[2], Aguilar González, Marta[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 58 años, fumador, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus 2, dislipemia y obesidad mórbida, con IMC de 44,61 kg/m^2. Acude a consulta con su esposa, refiriendo inicialmente dificultad para dormir. Profundizando en la anamnesis, y con la ayuda de su esposa, comentan la presencia de ronquidos y pausas respiratorias de varios años de evolución. Además, el paciente cuenta sequedad oral matutina, gran astenia diurna, facilidad para el sueño y un accidente de tráfico el mes previo derivado del cansancio, sin repercusiones físicas tras el mismo.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar normal. Cuello corto y ancho, sin palparse masas ni bocio, con perímetro de 44 cm. IMC de 44,61 kg/m^2. Test de Epworth 16 puntos. Analítica general y gasometría sin alteraciones a excepción de alteración en glucemia y perfil lipídico ya conocidas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Apneas-Hipopneas del sueño (SAHS).

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Pickwick. Trastornos del sueño.

Comentario final

Derivado a neumología con confirmación por Polisomnografía con Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) de 36/h, haciendo diagnóstico de SAHS grave. Hay que señalar la importancia de una buena historia clínica y búsqueda de datos compatibles desde atención primaria para orientar nuestro diagnóstico y evitar el uso de fármacos sedantes o hipnóticos ante cualquier paciente que consulta por trastornos del sueño. Así como, en el ámbito del tratamiento, evitar factores agravantes e implantar una serie de medidas higiénico-dietéticas y derivación a consultas de neumología, quien confirmará el diagnóstico y valorará iniciar CPAP.

Bibliografía:

- *Mediano O, González N, Montserrat JM, Alonso ML, Almendros I, Alonso A et al. Documento internacional de consenso sobre apnea. Archivos de bronconeumología. 2021; 58; 1; 52-68.*

620/9. ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y FRACTURAS COSTALES

Autores:

López Serrano, María Ascensión[1], Venegas Henquen, Marnie[2], Ramírez Alonso, Olga[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 70 años con HTA y neoplasia faringolaríngea derecha con invasión de espacio vascular carotídeo. Refiere caída casual con fracturas costales derechas (5ª a 9ª) que precisó ingreso hospitalario para control del dolor. Acude a consulta a los cinco días del alta hospitalaria por disnea e intenso dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Taquipneico en reposo. No cianosis. Hematoma en parrilla costal derecha. Se palpan intensos crepitantes en tórax, zona cervical y en EESS. TA: 123/64, FC 115 lpm, Tª 36ºC, sat 02 93%, AC: ruidos apagados, AP: hipofonesis generalizada. RX Torax: Enfisema torácico-cervical, no impresiona de neumotórax, no derrame. Nódulos pulmonares bilaterales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva al hospital por enfisema subcutáneo (ES) en relación con fracturas costales para tratamiento. Se realiza TAC: neoplasia faringolaríngea derecha conocida con extensa afectación ganglionar metastásica laterocervical ipsilateral e hilio mediastínico bilateral, metástasis pulmonares, hepáticas y también óseas y probable carcinomatosis pleural de predominio en hemitórax izquierdo, confirmando el intenso enfisema subcutáneo.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax, Tromboembolismo pulmonar

Comentario final

El ES se define como la tumefacción producida por la presencia de aire o gas en la piel y no suele tener complicaciones salvo que sea muy intenso. Estudios sobre el mecanismo del enfisema pulmonar intersticial, neumomediastino y ES han demostrado que el aire empieza a emigrar desde una rotura alveolar hacia el tejido pulmonar intersticial y seguidamente al espacio perivascular hasta el mediastino. Cuando el paso del aire es mayor que la reabsorción pleural se produce el ES. La colocación se catéteres fenestrados con aspiración continua suele ser suficiente para su resolución.

Bibliografía:

- *Alarcón-Meregildo KG, Polo-Romero FJ, Beato-Pérez JL,Tratamiento de enfisema subcutáneo severo por microdrenaje. A propósito de un caso, Archivos de Bronconeumología, Volume 50, Issue 1,2014,Pages 47-48.*
- *Láinez Ramos-Bossini AL, Pérez García MC, Rueda Cáceres MT. Neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo secundarios a neoplasia pulmonar 10.10.1016/j.arbres. 2019.06.013.Arch Bronconeumol. 2020;56:456*

620/10. ¿LA CURACIÓN DE LA EPOC?

Autores:

Almendrote Castro, Carolina[1], Maya Almeida, Araceli[2], Macías Hernández, Irene[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 74 años con antecedente de EPOC grado B de la GOLD en 2015, HTA, fibrilación auricular, baja probabilidad de SAHS (síndrome de apnea sueño), posible SHO(síndrome obesidad hipoventilación), hipotirodismo,

ex-fumadora 3-4p/día. En tratamiento con edoxaban 60, bromuro de ipratropio 2.5, olmesartan/hidroclorotiazida 40mg/12,5, omeprazol, furoato de fluticasona y 22 microgramos de vilanterol, alprazolam 0.5,aldactone, apocard 100, bisoprolol 0.25. en seguimiento por Atención de Primaria de su enfermedad pulmonar y su arritmia.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente acude a valoración de neumología tras su ingreso hospitalario por un episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Se le realiza espirometría con los resultados: FEV1 84% (1320) FVC 88% FEv1/FVC 77% MMMFRv 48%, con lo cual la neumóloga establece que según las guías de diagnóstico y seguimiento no cumple criterios de EPOC, con lo cual la paciente se ha curado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

EPOC tipo B de Gold.

Diagnóstico diferencial

SHO, EPOC, Insuficiencia Cardiaca

Comentario final

La paciente continuó con su tratamiento broncodilatador, ya que, en neumología a pesar del nuevo diagnóstico, no se los retiraron y su médico de familia así se lo indicó, permaneciendo estable de su patología respiratoria.

La paciente, que, a pesar del no diagnóstico de EPOC, continúa con sus broncodilatadores y corticoides inhalados, me refiere que se los aplicó antes de hacerse la espirometría de la valoración de neumología, como todos los días, con lo cual quedó anulado el valor de la espirometría que le hizo la neumóloga, sin ella saberlo. Este hecho nos debe hacer reflexionar, que habitualmente el paciente EPOC, es un paciente de primaria, que conoce a su médico y su médico a él y puede evitarse la autogeneración de estas revisiones por segundo nivel y reservarlo para otras patologías respiratorias.

Bibliografía:

- *Benítez-Pérez Rosaura Esperanza, Torre-Bouscoulet Luis, Villca-Alá Nelson, Del-Río-Hidalgo, Rodrigo Francisco, Pérez-Padilla Rogelio, Vázquez-García Juan Carlos et al. Espirometría: recomendaciones y procedimiento. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Abr 10] ; 75(2): 173-190. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462016000200173&lng=es.*

620/11. ADHESIÓN A INHALADORES EN EL PACIENTE ASMÁTICO ANTES Y DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19. ANÁLISIS PRELIMINAR DE RESULTADOS DEL ESTUDIO REFARMA.

Autores:

Santibañez Margüello, Miguel[1], Rodríguez Marcos, Isabel[2], López Caro, Juan Carlos[3], Arenal Barquín, Sandra[4], Astruga Tejerina, Mª Concepción[5], Gonzalez-Carranza, Silvia[6]

Centro de Trabajo:

(1) Investigación. Universidad de Cantabria, Santander. Cantabria., (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria., (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro-Urdiales. Cantabria, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Los Valles. Mataporquera. Cantabria., (5) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campoo. Reinosa. Cantabria, (6) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eibar. Eibar. Guipúzcoa.

Resumen:

Objetivos

Comparar la adherencia terapéutica de los pacientes asmáticos que tenían prescrito un dispositivo de inhalación antes y durante la pandemia actual por COVID-19.

Metodología

Diseño epidemiológico observacional con comparación pre-post, en el que la adherencia terapéutica ha sido determinada a través de la retirada en farmacia de la medicación. Se calculó el % de fármaco dispensado con respecto al prescrito, definiéndose el incumplimiento terapéutico como un % <80%. Asimismo, el incumplimiento se categorizó ordinalmente en al alto, medio y bajo. Se incluyen los primeros 92 pacientes consecutivos vistos por un panel de médicos reclutadores de tres comunidades autónomas; Cantabria, País Vasco y Asturias. El periodo de estudio retrospectivo de 19 meses se dividió en 7 meses PRE (sep-19 a mar-20) y 12 meses POST desde la pandemia (abril-20 a mar-21).

Resultados

En cuanto a la pauta de tratamiento basal, el 78,3% (n=72) estaba con una pauta de GCI + LABA (1/12h), y el resto con GCI + LABA (1/24h) con prescripciones de entre 0,5 y 1,1 envases al mes.

En cuanto al % de cumplimiento en términos cuantitativos, durante los 7 meses de seguimiento retrospectivo antes de la pandemia (sep-19 a mar-20)(PRE) se retiraron en farmacia un promedio de 0,54 envases/mes; [DE=0,35]. Durante los 12 meses de seguimiento retrospectivo desde la pandemia (abril-20 a mar-21) (POST) se retiraron en farmacia un promedio de 0,60 envases/mes; [DE=0,36], siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0,003). Al comparar el % de cumplimiento en términos cuantitativos en el periodo PRE y POST, se obtuvieron asimismo diferencias estadísticamente significativas (p= 0,006).

En términos cualitativos, la prevalencia de incumplimiento terapéutico antes de la pandemia (PRE) fue del 50% (n=46/92); IC95% (39,24-60,76) mientras que en el POST (periodo pandémico) fue del 45,7% (n=42/92); IC95% (34,93-56,37). Esta menor prevalencia de incumplimiento no fue sin embargo estadísticamente significativa al compararla con la del periodo PRE (p= 0,388).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren una mayor adherencia al tratamiento que alcanzó la significación estadística en términos cuantitativos, en relación al número de envases promedio al mes retirados y % de cumplimiento terapéutico.

620/12. LO QUE ESCONDÍA UNA "CONTRACTURA MUSCULAR".

Autores:

Gutiérrez Pereira, Paula[1], Marabé Hernández, Luis[2], Martínez Gallardo, María[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 42 años con antecedentes personales de migraña y escoliosis que acude a consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo dolor costal izquierdo de dos meses de evolución que la paciente asoció con una contractura muscular con empeoramiento posterior acompañándose de disnea de esfuerzo y escasa tos no productiva. El dolor lo definió como intermitente, desencadenado con los accesos de tos y la inspiración profunda. No fiebre ni clínica catarral. No síndrome constitucional ni otra sintomatología de interés

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Vigil, orientada y colaboradora. Normohidratada, normoperfundida, normocoloreada. Eupneica en reposo (saturación oxígeno: 95%). Resto de constantes adecuadas. Auscultación cardiaca: rítmica controlada, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular (MV) en base pulmonar izquierda con mínimos crepitantes audibles, sin otros ruidos respiratorios. Resto de exploración anodina.

Ante la clínica referida por la paciente y la exploración física, su médico solicitó una analítica completa, un electrocardiograma (ECG) y una radiografía (Rx) de tórax preferente para continuar estudio. La analítica y el ECG fueron normales, pero en la Rx se objetivó un derrame pleural (DP) izquierdo con pinzamiento del seno costofrénico izquierdo.

Con los resultados de las pruebas complementarias se decidió derivación al servicio de Urgencias donde se cursó ingreso en Neumología. Tras toracocentesis diagnóstica, con estudio del líquido pleural, biopsia pleural y quantiferón positivo se diagnosticó de DP tuberculoso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Derrame pleural tuberculoso.

Diagnóstico diferencial

Otras infecciones respiratorias, neoplasia, tromboembolismo pulmonar, enfermedades autoinmunes etc.

Comentario final

Los síntomas cardinales del DP son la disnea, el dolor torácico y la tos no productiva, no obstante, hasta un 25% de los casos serán asintomáticos. En la exploración física destaca la percusión mate, la disminución del MV y de las vibraciones vocales. Ante la sospecha del mismo debemos solicitar desde AP una Rx de tórax para confirmarlo el diagnóstico, aunque la ecografía también sería de gran utilidad y tendría indicación en estos casos.

Bibliografía:

- *López LA, Laureiro J. Patología pleural. En: Suárez D. Hospital Universitario 12 de octubre. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 8ª edición. Madrid: MSD; 2016. p 551-570.*

620/13. LA DELGADA LINEA ENTRE LA FIEBRE Y EL CÁNCER

Autores:

Martínez Gallardo, María[1], Gutiérrez Pereira, Paula[2], Cruz Romo, Marta[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 60 años, AP: DM 2, exfumador hace 5 años (IPA 45), bebedor moderado y SCASEST con enfermedad de dos vasos revascularizada con STENT. Acudió a consulta de su Médico de Atención Primaria por síndrome febril de hasta 38.5ºC, síndrome constitucional con pérdida de 12 kg de peso, astenia y artromialgias generalizadas de 1 mes de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Desde AP, se realizó anamnesis detallada y se solicitó Rx tórax y analítica completa.

EF: Buen estado general a pesar de habito asténico, vigil, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. ACP: rítmico sin soplos y MVC sin ruidos sobreañadidos. CyC sin palpación de adenopatías. Exploración abdominal anodina. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica normal.

Analítica: Hemograma con normalidad de tres series, coagulación sin alteraciones, función renal y hepática normales en bioquímica, pero destacaban LDH: 351 y PCR: 75.5 como elevación de RFA.

Rx tórax: Aumento de densidad en LSI

Debido a clínica y Rx patológica, se solicitó TAC tórax de manera preferente, donde se objetivó masa pulmonar en LSI compatible con neoplasia pulmonar que desplazaba ligeramente la tráquea, adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales y lesión focal hepática sugerente de metástasis.

El paciente ingresa a cargo de Neumología para estudio de extensión, donde se llevó a cabo PET-TAC y EBUS llegando al diagnóstico de Cáncer de Pulmón no microcítico estadío IV candidato a quimioterapia paliativa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome febril y constitucional debido a cáncer de pulmón avanzado.

Diagnóstico diferencial

Síndrome febril, síndrome constitucional, cáncer de pulmón, patología infecciosa.

Comentario final

Este caso refleja la importancia de un buen abordaje de cualquier cuadro clínico en atención primaria, por ejemplo, un síndrome febril y constitucional de corta evolución. Destacar también el gran reto que supone para nuestra especialidad orientar de manera acertada el estudio de cualquier patología para saber que pruebas diagnósticas son más específicas y útiles según el cuadro que se nos presente en consulta, sin olvidar la historia clínica y exploración física, las cuales son la base de todo.

Bibliografía:

- *Síntomas de cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2015 [citado el 11 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/sintomas.*

620/14. COMPLICACIÓN TARDÍA POST-COVID

Autores:

Sáiz Careaga, Mª Teresa[1], Obregón Becerril, Lorena[2], Gómez del Río, María Zulema[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria, (2) Enfermería de urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Vega Zapatón. Cantabria.

Resumen:

Descripción del caso

Hombre, 45 años. Antecedentes de hipertensión, atopia, asma desde infancia, covid en abril de 2020. A los 7 meses de recuperación de covid consulta por aumento de la disnea con dos episodios de broncoespasmo en el último mes y mal control de la clínica diaria. Se trata con Vilanterol y tanda de corticoides orales, posteriormente se añade Umeclidinio y salbutamol de rescate. Se deriva a Neumología, pero hasta la consulta acude nuevamente por persistir la disnea que en alguna ocasión dificulta el sueño y le hace levantarse; dice haber usado salbutamol de rescate hasta 100 veces/mes.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión:140/80, Saturación:98%, AP: sibilancias bilaterales, AC: normal. Extremidades inferiores normales. Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Electrocardiograma normal. La siguiente vez que acude: eosinofilia de >299, alfa 1-antitripsina 53 mg/dl. Radiografía normal. No se realiza espirometría en Centro de Salud por estar en pandemia. Neumología: espirometría: FEV/FVC 73%, FVC 47%, FEV1 41%; TAC normal. Derivan a Cardiología con TAC coronario normal. Gammagrafía: signos de tromboembolismo pulmonar agudo, sin poder descartar proceso tromboembólico previo en fase de resolución (no hay estudios previos). Se trata con Rivaroxabán. Desde entonces mejora la respuesta al esfuerzo sin presentar reagudizaciones de la disnea.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar post-covid.

Diagnóstico diferencial

Asma persistente; tromboembolismo pulmonar; insuficiencia cardiaca.

Comentario final

La infección SARS-CoV-2 predispone a fenómenos trombóticos venosos siendo el tromboembolismo pulmonar el más frecuente. Su relación parece relacionada con un estado de hipercoagulabilidad. Hay que garantizar el seguimiento clínico desde Atención Primaria para detectar complicaciones que pueden aparecer durante los meses posteriores al cuadro agudo y no pensar solo en una reagudización del asma para realizar un tratamiento precoz. Bien es cierto que el no poder realizar una espirometría al paciente nos quedamos sin una potente arma diagnóstica y de seguimiento.

Bibliografía:

- *Franco-Moreno A,Muñoz-Rivas N, Mestre-Gómez B. Torres-Macho J. Tromboembolismo pulmonar y COVID-19: un cambio de paradigma. Rev clin Esp.2020.vol220(7):459-61. 2.-Sibila O, Molina-Molina M, Valenzuela C, Ríos-Cortés A, Arbillaga-Etxebarri A, Torralba-García Y. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post-covid-19. Open RespArch.2020vol2(4):2768-83.*

620/15. EN ALGUNAS OCASIONES OCURRE

Autores:

Cruz Romo, Marta[1], Martínez Gallardo, María[2], Gutiérrez Pereira, Paula[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 22 años, con antecedentes personales de PNA en 2020 y Enfermedad leve por covid-19 en Agosto/2021 y vacunada con dos dosis, en tratamiento con anticonceptivos hormonales desde hace dos meses, que acude a nuestra consulta de AP por dolor en fosa renal y zona costal izquierda. El dolor aumenta con la inspiración profunda y es de dos días de evolución. Afebril. Sin otros síntomas asociados.

Tras la exploración y toma de constantes, donde objetivamos una taquicardia sinusal a 130 lpm, derivamos a la paciente a Urgencias Hospitalarias por sospecha de TEP, donde se confirma el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Eupneica. Normocoloreada.

AC: rítmica, sin soplos, rápida. AP: MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: blando, no doloroso. PPRD dudosa.

MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos.

ECG: Taquicardia sinusal a 135 lpm.

Analitica en Urgencias: D-D 1770; Leucocitos 10210, neutrófilos 5870; Sedimento urinario: hematíes aislados.

Rx torax: sin hallazgos patológicos.

TC torax: TEP bilateral con infartos pulmonares. No signos de sobrecarga de cavidades derechas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial

TEP, NAC, PNA, dolor osteomuscular.

Comentario final

Los anticonceptivos orales combinados se asocian con tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar), aumentando dos veces más el riesgo, comparados con las pacientes no usuarias de anticonceptivos, sobre todo en el primer año de uso. Los síntomas típicos de TEP son disnea y dolor torácico de características pleuríticas, como el que refiere la paciente.

Debido a todo lo mencionado se nos debe encender la bombilla de inmediato, a pesar de que no tuviera ningún factor de riesgo más asociado (obesidad, tabaquismo, HTA...).

La infección por covid-19 también aumenta el riesgo trombótico, no considerándolo en este caso debido a que la infección ocurrió meses antes.

Bibliografía:

- *Gustavo Gómez-Tabares. Complicaciones provocadas por los anticonceptivos orales combinados. Eventos tromboembólicos [internet]. Mexico: Ginecol Obstet Mex; 2020 [consultado enero5 enero 2022]. disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201o.pdf*
- *Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias. 6º edición. España: Elsevier; 2018.*

620/18. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: EPID ANA+ E HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL CONTEXTO DE UNA POLIMIOSITIS

Autores:

Matani Chimnani, Ritika[1], Campos de Teba, Natalia[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Bárbara. Soria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Rural. Soria.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente mujer de 74 años de edad acude a urgencias remitida desde atención primaria por disnea e ingresa a cargo de Neumología por un cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria a EPID (parcheados bilateral, predominio basal y con broncograma aéreo periférico compatible con patrón de neumonía organizada Criptogénica). Durante el ingreso se amplía estudio con autoinmunidad y Broncoscopia así como se pauta corticoterapia con mejoría clinico-analitico y radiológico. En el ingreso presenta una autoinmunidad donde se objetivan niveles de aldolasa 21,CK 256 además de ANA 1/320 ,inmunoblot para miositis negativo, FR- y Ac CCP -. Ante ello reumatología sospecha de Polimiositis y solicita RNM (Hipercaptación a nivel de vastos externos y recogida de muestras para biopsia con resultado negativo). En la ecocardiografía presenta cavidades derechas de tamaño y función normal con PAPS 43 mmHg siendo diagnóstico de Hipertensión pulmonar ligera. La paciente al tener desde el inicio corticoterapia no ha elevado marcadamente los niveles de Aldosa y CK pero siendo el cuadro altamente sugestivo de polimiositis se llega a un diagnóstico de enfermedad fibrosante pulmonar secundaria a polimiositis. Se inicia tratamiento con Nintedanib con mejoría de sintomatologia disneica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

AP Crepitantes velcro en bases y AC rítmico (sin soplos).

Pruebas complementarias:

TACAR: Opacidades parcheadas en ambos hemitórax asociados a patrón intersticial caracterizado por engrosamiento septal bibasal asociados a bronquiectasias de tracción.

TACAR control: Fibrosis pulmonar con patrón NIU

RNM (caderas): presenta hiperintensidad de señal que afecta en la secuencia T2 en ambos vastos laterales en relación con focos de miositis.

Broncoscopia BAL/BAS: Citologia negativa para malignidad.

Ecocardiografia: HTP ligera (PAPs 43 mmHg)

Test Marcha: Distancia recorrida en situación basal 465 (saturaciones mantenidas entre 91-92%)

Analitica: ANA 1/320, AntiDNA (-), C-ANCA (-), ECA (-),APCA (-), AMA (-), ALKM (-), ASMA (-)

Espirometria: FVC 85.5% FEV1 107.7% Cociente 99.93% MMEF 75/25 136%

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad Fibrosante Pulmonar secundario a una polimiositis.

Diagnóstico diferencial

EPID de etiología idiopática.

Comentario final

Conclusiones:

- Paciente con infiltrados parcheados con vidrio deslustrado y niveles de ANA+CK elevados se debe sospechar posible EPID secundario a polimiositis.
- En un paciente con infiltrados parcheados en vidrio deslustrado con autoinmunidad + se debe sospechar EPID secundario a ETC.
- EPID puede ser la manifestación inicial de ETC.

Bibliografía:

- *https://www.archbronconeumol.org/es-actualizacion-neumonia-intersticial-con-caracteristicas-articulo-S0300289618300577*

620/20. QUE HA PASADO CON NUESTROS FUMADORES DURANTE 2 AÑOS DE PANDEMIA

Autores:

Angulo Fernández de Larrea, Belén[1], García-Ramila San José, Carmen[2], De Román Martínez, Blanca Delia[3], De Juana Izquierdo, Francisco[2], Ortega López, Olga[4], Santamaría Martínez, María[1]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Huelgas. Burgos.

Resumen:

Introducción

La pandemia de COVID 19 ha impuesto cambios en la organización de la atención sanitaria y en los hábitos de la población.

En el seguimiento del tabaquismo ha intervenido la reciente financiación y desabastecimiento de fármacos específicos. La bibliografía consultada ofrece resultados contradictorios.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es conocer la evolución del tabaquismo en nuestros cupos de Atención Primaria, durante los 2 años de pandemia por la COVID 19.

El objetivo secundario es conocer la relación entre uso de fármacos y el mantenimiento de la abstinencia.

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, multicéntrico, realizado sobre una muestra de conveniencia en Atención Primaria.

Emplazamiento

Cuatro Centros de Salud, dos urbanos y dos rurales.

Material y métodos

Se revisarán las historias clínicas informatizadas de todos los pacientes que tengan registrado un diagnóstico que le identifique como fumador activo.

Cada investigador recogerá, en sus propias historias clínicas, los registros realizados desde el 14 de marzo del 2020 al 13 de marzo del 2022, y tras la anonimización se incluirá en una base de datos común para su posterior análisis.

Criterio de inclusión: Mayor de 18 años y diagnosticado de fumador o tabaquismo antes de la fecha de inicio del estudio, 14 de marzo del 2020 en que se inicia el estado de alarma.

Criterios de exclusión: Ser menor de 18 años. Tener el diagnóstico de tabaquismo con posterioridad al periodo de estudio.

Calendario previsto: Se solicitará autorización en el mes de mayo. La recogida de datos se realizará durante el mes de junio de 2022, con el fin de analizar los resultados para su posterior discusión, y disponer de conclusiones en julio de 2022.

Variables: edad; sexo; IMC; entorno rural o urbano, el consumo acumulado de tabaco y las intervenciones realizadas orientadas a su abandono, uso de fármacos específicos. comorbilidades (cardiovascular y respiratoria), nº de consultas médicas y de enfermería en Atención Primaria; diagnóstico de enfermedad por Coronavirus; tratamiento específico para deshabituación tabáquica, otros fármacos ansiolíticos o antidepresivos.

Los datos se analizaron mediante el software de análisis estadístico "R", tablas de contingencia y medidas de centralización y dispersión.

Limitación del estudio a los cupos médicos de los investigadores, sobre una población atendida de unos 10.000 adultos que residen en el medio rural y urbano. Sin poder extender las conclusiones a la población general dado que la muestra estudiada es la accesible a los investigadores, pensado ampliar el estudio a otros cupos médicos si los resultados son relevantes.

Aplicabilidad

Conocer el estado actual del tabaquismo y su abordaje en Atención Primaria durante la pandemia por la COVID19.

Aspectos ético-legales

Se solicitará autorización a la Gerente de Atención Primaria y al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Burgos y Soria; y se cumplirán los requisitos previstos en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre en cuanto a la protección de datos personales y el Reglamento Europeo UE 2016/679

620/21. HEMOS DADO EN LA TECLA

Autores:

Sánchez Romero, Leonor[1], Macías Hernández, Irene[2], Almendrote Castro, Carolina[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 70 años, sin alergias conocidas. Exfumadora hasta hace 10 años. Trabaja en cocina. AP de Crisis Parciales Complejas. Diagnosticada en noviembre de 2009 de Bronconeumopatía Obstructiva Crónica en tratamiento con corticoides y broncodilatadores inhalados y pautas periódicas de corticoides vía oral. El año pasado, presenta episodio de aumento de su disnea con tos y expectoración, fiebre y dolor costal derecho. A la auscultación presenta aumento de ruidos respiratorios con crepitantes en base derecha.

Exploración y pruebas complementarias

Solicitamos radiografía de tórax desde AP: imagen con cambios de aspecto fibrocicatricial sobre todo en pulmón derecho. Se inicia tratamiento ambulatorio con levofloxacino 500mg cada 24 h. con lo que mejoró su estado general y su disnea.

Solicitamos TAC DE TORAX: bronquiolitis obliterante, engrosamientos septales y con zonas de bronquiectasias sin derrame pleural, por lo que se deriva a Neumología.

Espirometría: FVC 1590CC (60%), FEV1 1320CC (59%), FEV1/FVC 83%.

En neumología se pautan inhaladores en asociación de triple terapia (formoterol/glicopirronio/budesónida)

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Descompensación patología de base vs sobreinfección respiratoria

Diagnóstico diferencial

Neumonía organizada criptogenética

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Bronquiolitis obliterante

Comentario final

La paciente ha venido presentando episodios de reagudización pulmonares que han sido tratadas en consulta de Atención Primaria con antibióticos y corticoides por vía oral en pautas de tratamiento, con mejorías de cada episodio. En la última revisión por neumología se le mantiene el tratamiento. Dos días después presenta otro proceso de reagudización, con lo que añadimos roflumilast, además de pauta de corticoides. La paciente se estabiliza y durante los últimos tres meses no ha presentado recaídas.

La paciente ha sido tratada en Atención Primaria de sus episodios de reagudización broncopulmonar. Desde la introducción por parte del médico de cabecera del inhibidor selectivo de acción prolongada de la enzima fosfodiesterasa-4 (roflumilast) y de un antagonista del receptor de leucotrienos (junto con la asociación del inhalador en triple terapia, la paciente se encuentra estable y libre de reagudizaciones. ¿Casualidad o quién mejor conoce a la paciente es su médico?

Bibliografía:

- *Papi A, Bellettato CM, Braccioni F, Romagnoli M, Casolari P, Caramori G, et al. Infections of airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease severe exacerbations. Am J Respir Crit Care Med. 2006;173:1114-21*

620/22. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LOS DOS AÑOS DE PANDEMIA POR COVID19

Autores:

García-Ramila San José, Carmen[1], De Román Martínez, Blanca Delia[2], Angulo Fernández de Larrea, Belén[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos.

Resumen:

Introducción

La atención de los pacientes crónicos durante la pandemia por COVID19 tuvo que ser modificada debido a las restricciones impuestas por el estado de alarma y a los cambios en la organización sanitaria. Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), considerados de especial vulnerabilidad, fueron básicamente atendidos de forma no presencial, con las limitaciones derivadas de la consulta telefónica, a lo que se sumó la no recomendación de realización de espirometrías. Con este estudio se intenta establecer cuantitativamente como ha sido la atención a los pacientes con EPOC en tres centros de un área de salud.

Objetivos

Objetivo principal:

Evaluar cómo se realizó el control y seguimiento de los pacientes diagnosticados de EPOC en Atención Primaria (AP) durante los dos años de la pandemia por COVID-19.

Objetivos secundarios:

1. Conocer la prevalencia de pacientes con EPOC que han dejado de fumar en estos 2 años.
2. Conocer la prevalencia de la enfermedad por coronavirus en pacientes EPOC.
3. Conocer la prevalencia de comorbilidades en pacientes EPOC: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipemia (DLP), Obesidad, Cardiopatía Isquémica (CI) y Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Emplazamiento

El proyecto se realiza en tres zonas básicas de salud, dos rurales y una urbana, de un área de salud, durante el periodo que abarca del 15 de marzo de 2020 al 15 de marzo de 2022.

Material y métodos

La población de estudio está constituida por todos los pacientes diagnósticos de EPOC a fecha de 15 de marzo de 2020, con un total de 52 participantes. De la historia clínica electrónica de los pacientes se recogerán las siguientes variables: edad; sexo; IMC; nº de consultas médicas presenciales y telefónicas en AP; nº de consultas presenciales de enfermería en AP; nº de exacerbaciones leves; nº de exacerbaciones graves; consultas en urgencias hospitalarias; ingresos hospitalarios; enfermedad por coronavirus; tratamiento con inhaladores; adherencia terapéutica; fumadores; exfumadores; DM; HTA; DLP; CI y ACV. Los datos se analizarán mediante el software de análisis estadístico "R", cálculos de frecuencias y porcentajes, tablas de contingencia y medidas de centralización y dispersión. Con respecto a las limitaciones del estudio serán las propias de un estudio transversal.

Aplicabilidad

Con este estudio se pretende mostrar una panorámica de cómo se realizó el seguimiento de los pacientes con EPOC en los años de la pandemia en una población determinada. Se realizará una revisión de la literatura para comparar con otros estudios similares las cifras obtenidas.

Aspectos ético-legales

Nos hemos ceñido a los estándares éticos de la Declaración de Helsinki. Se contará con la autorización de la Gerencia de Atención Primaria y el visto bueno del Comité de Ética de la Investigación. Toda la identificación personal será codificada y protegida de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y, por extensión, al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo.

620/23. UNA EXPLORACIÓN SIN OLVIDAR EL CUELLO

Autores:

De Román Martínez, Blanca Delia[1], García-Ramila San José, Carmen[2], Angulo Fernández de Larrea, Belén[3]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer 50 años, febrícula , cefalea, astenia, no disnea.

Antecedentes Familiares: Madre y 2 tías maternas cáncer mama.

Antecedentes Personales : Carcinoma ovario intervenido. Quimioterapia.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación de oxígeno: 100 %. Tensión arterial 104/56 FC 91

Electrocardiograma: Bloqueo Incompleto de Rama Derecha

Cabeza y cuello: masa dolorosa y tumefacción de 3 x 1 cm dolorosa

ACP: rítmica sin soplos, buena ventilación global

Abdomen: anodino

Test ag rápido positivo : infección por SARS-Cov-2,

Extremidades inferiores: no edemas ,Homans negativo.

TAC cervicotoracicoabdominal. EcoDoppler (prueba de elección): trombosis venosa yugular derecha (TVYD)

Angiografía tomografía computarizada (AngioTAC) torácico : normal

Radiografía de tórax y Ecocardiograma : normal

Adaptación escala de Wells para la Trombosis Venosa Profunda (TVP) : 6 puntos (riesgo intermedio). Wells simplificado 3 puntos (probable TVP) Adaptación regla GENEVA para TVP: 9 puntos (probabilidad intermedia)

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

masa cervical a estudio

Diagnóstico diferencial

Absceso parafaríngeo. Faringoamigdalitis. Adenopatía única latero-cervical. Contractura del esternocleidomastoideo. Linfoma, Quiste branquial. Hemangioma. Quiste sebáceo. Lipoma. Tumor carotídeo. Neoplasia de parótida. Metástasis.

Comentario final

Mujer pelo largo, importante revisión sistemática, sin olvidar el cuello. La TVYD menos del 5 % de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) valorar en pacientes oncológicos y covid 19 en cualquier territorio, atención factores de riesgo. Herramientas AP: anamnesis , exploración completa manifiesta patologías diferentes del motivo de consulta , ECG , test de probabilidad y estratificación de TVP.Reevaluar beneficio / riesgo hemorrágico. Tratamiento: antibioterapia en casos infecciosos y anticoagulación precoz (0,5 % TEP) enoxaparina cada 24h (antagonista de vitamina K , NACO no financiado).

Bibliografía:

- *Sanz Gonzalo JJ, Alobid I, Martínez Molina P, Arias Cuchi G, et al. Trombosis de la vena yugular, a propósito de seis casos. Acta Otorrinolaringol Esp 2001;52(5):432-6.*
- *Timp JF, Braekkan SK, Versteeg HH, et al. Epidemiology of venous thrombosis. Blood. 2013;122:1712-3*

620/24. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE REPETICIÓN

Autores:

Sánchez Jaén, Mónica Raquel[1], García Ferreiro, Tania[2], García Menéndez, Delaira Malía[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 68 años, exfumador, HTA, enfermedad tromboembólica aguda (TEP bilateral y TVP izquierda) hace 10 años, en tratamiento con la combinación de perindopril 7mg/ amlodipino 2,5mg/ indapamida 2,5 mg. Acudió a Urgencias por dolor costal derecho de 48 horas de evolución que se modificaba con las posturas y la inspiración profunda. Afebril, no tos ni disnea ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

TA 137/86, FC 84, Sat 95%.

AC rítmico

AP, MVC con hipofonesis en base derecha. Dolor a la inspiración profunda en última costilla flotante, no crepitación a la palpación.

Abdomen sin alteraciones

EEII: pulsos presentes y simétricos, no edema ni signos de TVP

Pruebas complementarias:

Rx tórax y parrilla costal: no alteraciones, EKG: RS a 89 lpm sin alteraciones de la repolarización.

En la analítica se apreciaba: Hemograma normal, Dímero-D 4,47. Bioquímica: glucosa 133, sodio 132, resto normal. ProBNP normal Gasometría arterial: Ph 7,44, pCO2 42, pO2 59.9, HCO3- 27.6

TAC tórax: Ocupación de la luz por tromboembolismo en parte de las 3 arterias pulmonares lobares derechas y en la del LII. No hay consolidaciones pulmonares que sugieran infartos.

El paciente ingresó en Neumología con anticoagulación con HBPM, dosis anticoagulantes.

Durante el ingreso se realizó eco-Doppler de Miembros inferiores ocupación ecogénica y ausencia de compresión en vena poplítea distal izquierda en relación con TVP a dicho nivel.

Debido a los hallazgos se inició tratamiento con Acenocumarol según pauta de Hematología de manera vitalicia (2º episodio)

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral segmentario (PESI: clase II. Riesgo Bajo). Trombosis venosa profunda izquierda.

Diagnóstico diferencial

Traumatismo costal, neumotórax, hemotórax, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardiaca.

Comentario final

El tromboembolismo pulmonar es una causa frecuente de disnea de aparición súbita que en ocasiones se acompaña de dolor en costado a punta de dedo. El dímero-D es un marcador importante que nos ayuda a descartar la presencia de trombo, siendo el Angio-TAC la prueba princess para el diagnóstico. En el caso de nuestro paciente, al ser el 2 episodio de trombosis, la anticoagulación ha de mantenerse para toda la vida.

Bibliografía:

- *Essien EO, Rali P, Mathai SC. Pulmonary Embolism. Med Clin North Am. 2019 May;103(3):549-564.*

620/25. LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DE LA EPOC POR PARTE DEL MÉDICO

Autores:

Marabé Hernández, Luis[1], Gutiérrez Pereira, Paula[2], Cruz Romo, Marta[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 54 años, con antecedentes personales de: fumadora de 10-15 cigarrillos al día, consumidora habitual de cocaína y heroína, Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica enfisemetoso y hepatitis C sin tratamiento.

Acude a consultas por disnea progresiva desde hace 3-4 días, hasta hacerse de reposo. No aumento de tos ni expectoración habitual. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Actualmente en tratamiento con betaadrenérgico de larga duración (tiotropio), que no realiza de manera diaria, y beta adrenérgico de rescate (salbutamol), suele realizar dos rescates diarios, que en la última semana ha tenido que utilizar incluso 4-5 veces al día.

Exploración y pruebas complementarias

En la consulta se realiza exploración física donde destaca, el regular estado general del paciente, con taquipnea en reposo, sin tolera el decúbito. La auscultación cardiaca es rítmica, y en la pulmonar destaca una hipofonesis generalizada con sibilancias generalizadas. Saturación de oxígeno del 93%

Ante dicha exploración, la paciente realiza 2 puff de salbutamol, y 2 de budesonida. Se reexplora a los 30 minutos, con mejoría en la auscultación y mejoría clínica del paciente.

Se cita en 7 días, con cambio del tratamiento. Se sustituye el tiotropio por una combinación de vilanterol y fluticasona, y se mantienen los rescates con salbutamol.

Se solicita analítica general y radiografía de tórax, los cuales se tienen los resultados a los 7 días.

En la analítica destaca una LDH elevada (343), el resto del hemograma y la bioquímica es normal. En la radiografía de tórax se aprecia un tórax enfisematoso, con hilios congestivos y algunos infiltrados, sin imágenes de condensación.

En la consulta a la semana, la paciente refiere gran mejoría clínica, precisando algún día utilizar el salbutamol. En la auscultación pulmonar destaca murmullo vesicular algo disminuido, con algunas sibilancias aisladas.

Se vuelve a citar al mes para seguimiento, para valorar un inhalador con triple terapia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Diagnóstico diferencial

Crisis asmática, derrame pleural, atelectasia, tumoración.

Comentario final

Destaca la importancia de insistir en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, y que realice bien la técnica de inhalación.

También el seguimiento realizado a este paciente, y el trabajo multidisciplinar que se realizará con los compañeros de neumología.

620/26. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA ESPIROMETRÍA EN LOS PACIENTES CON ASMA DE UN CUPO URBANO.

Autores:

López Serrano, María Ascensión[1], Venegas Henquen, Marnie[2]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.

Resumen:

Objetivos

Evaluar en un cupo urbano de 1.320 pacientes, la prevalencia de asma, el porcentaje de pacientes que tienen realizada la espirometría y los distintos tratamientos que están prescritos en la receta electrónica.

Metodología

Se obtienen de la historia clínica electrónica, los hombres y mujeres mayores de 14 años con el proceso de asma. Se revisa si tienen realizada alguna espirometría en el centro de salud o en el servicio de neumología. Se extraen de la receta electrónica los distintos grupos farmacológicos prescritos.

Resultados

Los pacientes con el proceso de asma son 77, de los cuales 52 (67.5%) son hombres y 25 (32.5%) son mujeres. Sólo 27 (35%) tienen realizada la espirometría; 10 (37.1%) hombres y 17 (62.9%) mujeres. Respecto a los tratamientos prescritos 31 (40%) se administran una asociación a dosis fijas de glucocorticoide y agonista selectivo B2-adrenérgico de acción prolongada y de éstos, 7 (22.5%) tienen pautado un B2 agonista selectivo de acción corta a demanda. Corticoide solo se aplican 2 (2.5%) y 44 (57%) no toman ningún tratamiento para el asma.

Conclusiones

Asociada a una clínica compatible de asma (tos, sibilancias, disnea...) es fundamental realizar la espirometría con prueba broncodilatadora para el diagnóstico. Existen muchos pacientes con el diagnóstico de asma posiblemente por procesos aislados y únicos de tos o bronquitis. Mas del 50% no toman ningún fármaco, aunque es posible que tampoco lo necesiten porque estén mal diagnosticados.

620/27. LA IMPORTANCIA DE AUSCULTAR AL PACIENTE

Autores:

Marabé Hernández, Luis[1], Gutiérrez Pereira, Paula[2], Martínez Gallardo, María[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 88 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular paroxística. Vive sola, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos tras traumatismo costal hace 20 días, que ha pasado a ser de reposo en los tres últimos días. Fue valorada en urgencias de traumatología, donde se realizó exploración física con auscultación cardiaca y pulmonar y radiografía de parrillas costales y pulmonar, donde visualizaron atelectasia con cisuritis derecha, por lo que realizar una e consulta a neumología. Diagnóstico de contusión costal, pautando analgesia para el dolor.

La paciente comenta buen control del dolor con la analgesia de primer escalón pautada.

No fiebre, ni tos ni expectoración. No semiología de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente al entrar en consulta se encuentra taquipneica tras caminar unos 10-15 metros, con respiración abdominal superficial. En la auscultación cardiopulmonar destaca silencio auscultatorio en campos inferiores y medios derechos, con algunos sibilantes espiratorios. Saturación de oxígeno del 87%.

Ante estos hallazgos se deriva a urgencias hospitalarias, con oxígeno a 4 lpm, con el que la saturación pasa a 96%

En la radiografía de tórax realizada en urgencias hospitalarias se observa derrame pleural extenso, que ocupa prácticamente el pulmón derecho, y en el TAC de tórax se aprecia también atelectasia compresiva y fractura de arcos costales psoteriores derechos 10 y 11.

Se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora, 450 cc de contenido hemático.

Se realiza ingreso en cirugía torácica donde realizan drenaje del hemotórax.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hemotórax tras contusión costal.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax, quilotórax, empiema.

Comentario final

La gran importancia que tiene auscultar al paciente y realizar una buena historia clínica para realizar el diagnóstico.

También cabe destacar que, ante la situación de pandemia, la primera consulta con esta paciente fue telefónica y ante la clínica que contó se decidió citar el mismo día para realizar la exploración física que fue clave en este paciente.

620/28. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y EL MÉDICO DE FAMILIA

Autores:

Maya Almeida, Araceli[1], Almendrote Castro, Carolina[2], Sánchez Romero, Leonor[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 61 años, hipertenso, dislipémico, diabético, fumador activo, con antecedente de linfoma folicular estadio III hace 15 años, tratado con quimioterapia. Acude a consulta de AP refiriendo tos con expectoración blanquecina y febrícula en los últimos días. Auscultación: subcrepitantes. Se pautan antibiótico e inhaladores y se cita para revisión. Tras consultas reiteradas, el paciente no mejora, aumento la disnea con moderados esfuerzos. Niega dolor torácico, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas en miembros inferiores. Reinterrogando, comenta pérdida de dos kilogramos reciente. Derivamos al hospital y solicitamos radiografía de tórax.

Exploración y pruebas complementarias

TA 140/90 mmHg, FC 99 lpm, Sat 96%. Buen estado general, taquipneico al habla. Auscultación cardiopulmonar en AP: rítmica, controlada, hipofonesis generalizada en hemitórax izquierdo, sin ruidos sobreañadidos en el derecho. Se palpan adenopatías supraclaviculares izquierdas, resto normal. Analítica: Hb 14,10 g/dL, leucocitos 13800 (79% neutrófilos), plaquetas 568000. Perfil renal y hepático anodinos. Procalcitonina 0,10 ng/ml, proteína C reactiva 69,2 mg/L. Gasometría venosa: pH 7,44, láctico 1,1 mmol/L. Radiografía tórax: opacificación de hemitórax izquierdo completo. Electrocardiograma sin alteraciones. Líquido pleural: ADA 25,99 UI/L, hematíes 240, leucocitos 2860, PMN 2%, glucosa 109 mg/dL, LDH 226 UI/L.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Derrame pleural izquierdo masivo en paciente con antecedentes de proceso linfoproliferativo.

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, derrame pleural.

Comentario final

El paciente fue ingresado a cargo de neumología para estudio. Se le realizaron toracocentesis, diagnósticas y luego evacuadoras, junto con biopsia pleural y citología, así como PET-TAC, que concluyeron múltiples adenopatías supradiafragmáticas e infradiafragmáticas y masas tumorales pleurales en pulmón izquierdo, compatible con linfoma no Hodgkin estadio IV. El derrame pleural es una acumulación patológica de líquido en el espacio pleural. Es una patología frecuente, siendo de especial importancia el médico de familia en este proceso, pues su diagnóstico es fácil con una exploración física minuciosa y una anamnesis cuidadosa. Ante la sospecha, el médico valorará la necesidad de derivar ante un proceso respiratorio para prueba de imagen, en base a los antecedentes y la clínica, hasta llegar al diagnóstico definitivo.

Bibliografía:

- *Tazi-Mezalek R, Laroumagne S, Dutau H, Elharrar X, Astoul P. Derrame pleural. EMC - Tratado Med [Internet]. 2018;22(1):1–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(17)87872-7*

620/29. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON EPOC Y GRADO DE DEPENDENCIA

Autores:

Hidalgo Rebollo, Antonio[1], Rodríguez Onieva, Araceli[2], Aneri Vacas, María[3], Hidalgo Requena, Antonio[4]

Centro de Trabajo:

(1) Enfermería. Centro de Estudios del Desarrollo Macarena. Granada, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. UGC Área Sur de Córdoba. Córdoba., (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista Urgencias en el área sur de Córdoba, Montilla UGC Área Sur de Córdoba, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Lucena, Córdoba.

Resumen:

Objetivos

Determinar el grado de dependencia del paciente con EPOC y relacionarlo con el grado de calidad de vida.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en atención primaria, aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Se incluyeron, de forma aleatoria simple, pacientes con EPOC incluidos en el listado del Proceso Asistencial Integrado (PAI), con enfermedad estable y edad comprendida entre 55-75 años. Se recogieron datos de edad, sexo, nivel de educación, clasificación socioeconómica europea, cuestionario CAT, clasificación BODEx, índice de Barthel, índice de Lawton y Brody.

Resultados

Se reclutaron 149 pacientes, con una edad media de 69.08 (1.26) años, 128 (85.9%) eran hombres. Calculamos un modelo de regresión lineal simple que resultó estadísticamente significativo entre la gravedad del paciente (índice BODEx) y el grado de dependencia (cuestionario Barthel y Lawton y Brody). Se realizó un análisis multivariante, donde la media de edad de la población dependiente fue mayor significativamente para ambos cuestionarios de Barthel y Lawton y Brody. Igualmente, la media de puntuación en el cuestionario CAT es significativamente mayor para dependientes en ambos cuestionarios. Significativamente afecta el impacto del cuestionario del CAT en el hecho de tener o no dependencia para las actividades básicas o instrumentales de la vida.

Conclusiones

La EPOC afecta principalmente a varones y, de forma leve. Al menos un 15% de los pacientes con EPOC presenta algún tipo de dependencia y cerca del 39% tienen calidad de vida disminuida relacionada con el grado de enfermedad y el nivel de dependencia.

620/30. SÍNTOMAS PERSISTENTES DE COVID19 EN UN ÁREA DE SALUD (PERSICOVID)

Autores:

Rodríguez Onieva, Araceli[1], Hidalgo Rebollo, Antonio[2], Aneri Vacas, María[3], Hidalgo Requena, Antonio[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. UGC Área Sur de Córdoba. Córdoba., (2) Enfermería. Centro de Estudios del Desarrollo Macarena. Granada., (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista Urgencias en el área sur de Córdoba, Montilla UGC Área Sur de Córdoba, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Lucena, Córdoba.

Resumen:

Objetivos

General: Identificar la prevalencia y características clínico-epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 y síntomas persistentes.

Específicos: determinar por sexos la frecuencia de casos que presentan síntomas post-COVID. Describir síntomas post-COVID independientemente de la gravedad de la enfermedad aguda.

Metodología

Estudio observacional descriptivo, de base clínica y seguimiento de una cohorte mediante práctica clínica habitual, de forma ambispectiva en los centros de salud del Área Sanitaria Sur de Córdoba. Se reclutarán, de forma aleatoria simple, pacientes con infección por SARS COV2 confirmada por laboratorio en el área Sur de Córdoba, entre los meses de diciembre de 2020 y Mayo de 2021. Se recogerán datos de edad, sexo, factores de riesgo para la enfermedad (>60 años, patología crónica, IMC, grupo de riesgo), síntomas persistentes por aparatos y escala estado funcional. El seguimiento podrá hacerse de forma telefónica y/o en consulta presencial con un máximo de 5 visitas (12 meses), en función de la persistencia o no de síntomas persistentes.

Resultados

Se reclutaron 108 pacientes, con una edad media de 50.18 años (I.C. 95%: 47.17-53.19), 61% mujeres (I.C. 95%: 51-70%). 6%, 7 pacientes, precisaron ingreso hospitalario (I.C. 95%: 2-12). 32.41%, 35 pacientes, han sido etiquetados de COVID persistente (I.C. 95%: 23-42). 29%, 32 pacientes, presentaron factores de riesgo a considerar para la gravedad de la COVID-19 (I.C. 95%: 21-39). En el análisis bivariante, encontramos significación estadística entre las variables: hospitalización y presentación de síntomas persistentes, clínica respiratoria y osteomuscular; ser mujer y clínica neuropsicológica; obesidad y clínica general.

Conclusiones

Las manifestaciones de COVID persistente son frecuentes, apareciendo en el 32% de los casos, tras la expresión aguda. Tienen relación con la edad y se expresan preferentemente con síntomas generales, respiratorios y neuropsicológicos

620/31. FIBROSIS PULMONAR

Autores:

Sánchez Pérez, Carmen[1], Gil Martín, Belén[2], García San Fulgencio, Víctor[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 85 años, no fumador, que consulta en Atención Primaria por tos seca de 2 meses de evolución, afebril. Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico y antitusivos y se retiran IECA, sin mejoría. Se solicita radiografía de tórax en la que se aprecia un aumento de la densidad parenquimatosa de predominio derecho, motivo por el cual se realiza e-consulta a neumología, quienes solicitan TAC de tórax. El paciente acude a recoger los resultados del TAC, donde se observa fibrosis pulmonar, que ya se apreciaba en TAC realizado 5 años antes por TEP. Se realiza nueva e-consulta A NEUMOLGÍA para que soliciten espirometría y deciden valorarle en sus consultas

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, crepitantes bibasales tipo velcro.

Analítica sanguínea: Hemograma con 3 series dentro de la normalidad

Bioquímica: Glucosa 78, Colesterol 166, LDL 88, Perfil hepático y renal dentro de la normalidad.

Radiografía tórax: Aumento de densidad parenquimatosa de predominio derecho.

Impresiona de patrón intersticial por engrosamiento peribroncovascular o neumonía intersticial y bronquiectasias.

TAC tórax: No se identifican adenopatías de tamaño significativo en región mediastínica o hiliar. Aumento de densidad del parénquima pulmonar a nivel periférico, de patrón intersticial, reticular, compatible con fibrosis pulmonar.

Espirometría: FVC: 77%; FEV1: 82%; FEV1/FVC: 109

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fibrosis pulmonar

Diagnóstico diferencial

Causa medicamentosa

Procesos tumorales

Procesos infecciosos

EPID

Comentario final

Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo amplio de afecciones que afectan al alveolo-intersticio. La incidencia de EPID en España es de 7,6 casos por cada 100000 habitantes. El mecanismo patogénico suele ser desconocido. Una buena anamnesis es esencial para orientar el diagnóstico. Las manifestaciones son muy inespecíficas, habitualmente cursan con disnea y tos seca, junto con crepitantes inspiratorios tipo velcro. La radiografía de tórax nos permite valorar las lesiones, así como realizar un seguimiento de su avance. La prueba más sensible y específica para la valoración es el TACAR. Desde Atención Primaria debemos controlar el grado de disnea, la saturación, la DLCO... Las opciones terapéuticas incluyen tratamiento antifibrótico, evitar las, causas agravantes de la enfermedad y tratar los síntomas.

Bibliografía:

- *J.A. Rodriguez Portal.Enfermedades intersticiales difusas del pulmón. Fibrosis pulmonar idiopática 419-429*

620/33. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A ESCLERODERMIA

Autores:

Matani Chimnani, Ritika[1], Campos de Teba, Natalia[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Bárbara. Soria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Rural. Soria

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 64 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica (SCACEST con enfermedad de 2 vasos e implante de 4 stents farmoactivos) acude a urgencias por sensación de disnea y dolor torácico. En la Analítica presenta seriación negativa de troponinas así como ECG sin signos isquémicos. En la ecografía Transtorácica se objetiva ventrículo derecho levemente dilatado con función sistólica conservada (TAPSE 21mm, S' tricúspide 9,5).Insuficiencia tricuspideas ligera que permite estimar PSAP 55mmHg (51 + 3mmHg). Dilatación leve de la aurícula derecha. Ventrículo izquierdo no dilatado con FEVI conservada. Válvula mitral y aórtica normofuncionantes. Mínimo derrame pericárdico posterior. Vena cava inferior no dilatada con colapso >50%. Ante estos hallazgos se procede a realizar un cateterismo cardíaco derecho confirmándose el diagnostico de Hipertensión pulmonar precapilar. Entre otros antecedentes destaca Esclerodermia con síndrome CREST y ANA+. El paciente estaba en seguimiento por Reumatología y Neumología (por TAC con patrón micronodulillar en LLSS sin clínica infecciosa). En pruebas de función respiratorio como hallazgo presentó en espirometría disminución de DLCO el año anterior. Actualmente presenta insuficiencia respiratoria crónica con oxígeno crónico domiciliario por disnea limitante grado 3 mMRC y desaturación del 65% en test de marcha que remonta a 76% por gafas nasales 3l/min de oxigeno. Se le pauta Taladafilo 20 mg 2-0-0. Ambrisentán 5 mg 0-1-0 con mejoría sintomática.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física AP:Normofonesis.AC:Rítmico. No soplos cardíaco Pruebas Complementarias

ECG:Rítmico. FC 68lpm.No soplos cardíacos audibles.

Analitica: Dentro de normalidad con seriación de troponinas negativas.

Ecocardiografia Transtoracica: VD levemente dilatado con función sistólica conservada (TAPSE 21mm, S' tricúspide 9,5).Insuficiencia tricuspidea ligera que permite estimar PSAP 55mmHg (51+33mHg). TAC:patrón micronodulillar LLSS

Gammagrafía V/Q; Distribución algo irregular del radiotrazador en ambos pulmones. Espirometria:Trastorno no obstructivo leve. FEV1 2720 (81.6%), FVC 3190 (74.7%), Coc 0.85 Test de Marcha:Distancia recorrida 328 metros. Desaturación de hasta el 65% que no corrige con 02 a 3 litros.

Cateterismo cardíaco derecho:PCP 11 mmHg, AP 69/28/44 mmHg, VD 69/14 mmHg, AD 13 mmHg, GC 4.46 1/min, IC 2.34 l/min/m2. RVP 7.4 UW.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipertensión pulmonar secundario a Esclerodermia.

Diagnóstico diferencial

Hipertensión pulmonar secundaria a enfermedades sistémicas.

Comentario final

Ante dolor torácico y mareos debemos incluir hipertensión pulmonar en el arsenal diagnóstico de patologías agudas/urgentes a considerar.

Bibliografía:

- *Archivos de bronconeumonía.*

620/34. CUANDO NO TODO ESFUERZO ES BUENO

Autores:

Díaz Martínez, María Paz[1], Gil Adrados, Ana Carmen[2], Gonzalez Rodriguez, Julia[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 5 - Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 5 - Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera 5 - Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 28 años citado en consulta telefónica COVID del centro de salud que refiere dolor centrotorácico irradiado a zona interescapular que empeora con la inspiración y de inicio tras deposición hace 3 horas. Antecedentes personales: no vacunado contra SARS COV 2, tabaquismo activo 1 paquete/día. Lo citamos de forma urgente y después derivamos a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión Arterial 128/83 mmHG, Frecuencia Cardiaca 114 latidos por minuto, Saturación Oxígeno 93%, afebril. Buen estado general, palidez y sudoración, taquipnea a 22 respiraciones por minuto. Auscultación cardíaca normal, pulmonar con murmullo vesicular completamente abolido en campo izquierdo. Test antígenos y PCR negativo. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 108 lpm, bloqueo de rama derecha con onda delta en cara lateral. Radiografía tórax: neumotórax izquierdo masivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Posible neumotórax izquierdo espontáneo.

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, infección respiratoria aguda.

Comentario final

Resaltar que a pesar de estar en época de pandemia COVID19, es importante hacer siempre un diagnóstico diferencial con otras patologías. Asimismo, aunque la teleconsulta ha sido un gran avance para la medicina, hay ocasiones en las que es imprescindible valorar al paciente de forma presencial, en este caso se evidencia la importancia que fue el hacerlo ya que nos permitió conocer la posible gravedad de la patología y con ello derivarlo. Además, destacar la importancia como médicos de familia de seguir tras el alta al paciente y darnos cuenta de que un mismo paciente puede tener varias patologías a la vez, en nuestro caso durante su estancia en el hospital se centraron en el neumotórax y no se pararon en el electrocardiograma, y gracias a que nosotros le seguimos pudimos ponernos en contacto con cardiología y derivarlo, siendo entonces diagnosticado de síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Bibliografía:

- *Sapra A, Albers J, Bhandari P, Davis D, Ranjit E. Wolff-Parkinson-White Syndrome: A Master of Disguise. Cureus. 2020;12(6):8672. Published 2020 Jun 17. doi:10.7759/cureus.8672. Patricia Noemí Aguilera Samaniego, Álvaro Martín Pérez, María José Agüeros Fernández, Zuany Soneira Rodríguez, Jorge Gaitán Valdizán, Nuria San Miguel Martín. Neumotórax espontáneo. Medicina General y de Familia. Volume 5, Issue 4, 2016. Pages 161-163. ISSN 1889-5433.*

620/35. TOS CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Pizarro Cáceres, Andrea[1], Marín Llerena, Virginia[2], Pascual Montero, Maria Del Pilar[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Progreso. Badajoz, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Progreso. Badajoz, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Progreso. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 59 años. Antecedentes personales de interés: dislipemia, exfumador hace 25 años de 40-50 cigarros/día (ICAT 30). Consulta a su médico de familia por cuadro de tos no productiva de aproximadamente dos meses de evolución y molestias en el costado izquierdo. No disnea, no hemoptisis, no síndrome constitucional. Tras anamnesis y exploración física detallada se solicita RX de tórax y analítica completa. Debido a los resultados patológicos de la RX de solicita TAC de tórax preferente dónde se objetiva una masa pulmonar sugestiva de etiología neoplásica. El paciente cursó ingreso a cargo de Neumología para completar estudio siendo diagnosticado de Adenocarcinoma pulmonar estadio IIIA. Finalmente se remite al paciente a consultas de Oncología Médica y Radioterapia para tratamiento neoadyuvante con posterior derivación a Cirugía Torácica para resección tumoral.

Exploración y pruebas complementarias

EF: Buen estado general, vigil, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. ACP: rítmico sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. CYC: no se palpan adenopatías. Exploración orofaríngea anodina. Analítica: hemograma con normalidad de las tres series; coagulación sin alteraciones; perfiles bioquímicos renal y hepático dentro de la normalidad. RX tórax: aumento de la densidad del pulmón izquierdo a expensas de su lóbulo inferior. TAC de tórax: masa pulmonar única cavitada de 5 x 4 x 3 cm en lóbulo inferior izquierdo, con adenopatía hiliar ipsilateral. En Neumología se llevan a cabo PET-TAC, broncoscopia con biopsia y PAAF con estratificación del tumor como Adenocarcinoma pulmonar estadio III.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tos crónica como manifestación de Adenocarcinoma pulmonar en paciente exfumador severo.

Diagnóstico diferencial

Bronquitis crónica y EPOC, RGE, enfermedades intersticiales difusas pulmonares, tos crónica postinfecciosa, cáncer pulmonar.

Comentario final

En este caso queda reflejada la necesidad de tener presente el cáncer de pulmón en el diagnóstico diferencial del origen de la tos crónica desde atención primaria, debido a la mayor letalidad de esta entidad en comparación con otras etiologías más frecuentes.

Bibliografía:

- *J.M. Ferreras-Amez, V.Abadía-Gallego, M. Sarrat-Torres, A. Vicente-Molinero. Tos crónica: a propósito de un caso. Semergen. 2010; 36 (3): 163-7.*

620/36. EL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE 2 AÑOS DE PANDEMIA: MANEJO DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON FÁRMACOS.

Autores:

Angulo Fernández de Larrea, Belén[1], Olalla Gallo, Mª Angeles[2], Marquina Verde, Mª Carmen[2], García-Ramila San José, Carmen[3], De Román Martínez, Blanca Delia[4], Merino Rubio, Presentación[5]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos, (2) Gerencia Atención Primaria Burgos, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos, (5) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos.

Resumen:

Introducción

La pandemia de COVID 19, el confinamiento, la gravedad de la sintomatología respiratoria junto con la limitación de las relaciones sociales ha influido en el hábito de fumar de distintas maneras, al mismo tiempo, durante muchos meses de pandemia la atención sanitaria ha sido fundamentalmente telefónica, con restricción de las consultas presenciales, dificultando el abordaje de algunas patologías crónicas.

En el seguimiento del tabaquismo ha intervenido, también, la reciente financiación y el desabastecimiento de fármacos que facilitan la deshabituación, así como que la COVID 19 es una patología respiratoria que ha impuesto el uso obligatorio de la mascarilla y restricción de las relaciones sociales.

La bibliografía consultada ofrece resultados contradictorios.

Objetivos

El objetivo principal:

- Conocer la prevalencia de fumadores que han conseguido mantenerse en abstinencia, habiendo iniciado la deshabituación con la ayuda de fármacos financiados, durante los 2 años de pandemia de COVID 19 en un área de salud.

Los objetivos secundarios:

- Conocer la prevalencia de fumadores en deshabituación, diagnosticados de COVID 19 y de otras infecciones respiratorias leves y graves.
- Conocer la prevalencia de EPOC y de otras comorbilidades en los fumadores que iniciaron deshabituación con fármacos financiados.

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria, Área de Salud.

Material y métodos

Se revisarán todas las historias de los pacientes, que han iniciado tratamiento farmacológico financiado desde el 15 de marzo de 2020 hasta el 14 de marzo de 2022.

Se realizará anonimización de los datos.

Criterio de inclusión: Ser mayor de 18 años y tener incluido en su plan terapéutico un fármaco financiado para la deshabituación tabáquica.

Criterios de exclusión: Ser menor de 18 años.

Variables: Demográficas: edad, sexo, IMC. Entorno rural o urbano. Comorbilidades (EPOC, cardiovascular y respiratoria). Otras adicciones. Enfermedad por Coronavirus y otras infecciones respiratorias (leves y moderadas). Intentos previos. Tratamiento específico para deshabituación tabáquica. Otros fármacos ansiolíticos y/o antidepresivos. Adherencia a los fármacos prescritos.

Calendario previsto: Se solicitará autorización a la Gerente de Atención Primaria y al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Burgos y Soria en el mes de mayo. La recogida de datos se realizará durante el mes de junio de 2022, con el fin de analizar los resultados para su posterior discusión, y disponer de conclusiones en julio de 2022.

Los datos se analizaron mediante el software de análisis estadístico "R", tablas de contingencia y medidas de centralización y dispersión.

Aplicabilidad

Contribuir al establecimiento de las mejores opciones terapéuticas en en el seguimiento de la deshabituación tabáquica y conocer la influencia de la pandemia en el abandono del tabaquismo promovido por Atención Primaria.

Aspectos ético-legales

Se realizará anonimización de los datos y se cumplirá legislación vigente en cuanto a la protección de datos, los requisitos obligatorios para conseguir la autorización del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Burgos y Soria.

620/37. DERIVACIÓN HEMOPTISIS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

González García, Jesús[1]

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de El Progreso. Badajoz.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 47 años de edad. No RAMs. No FRCV. No AP de interés. Hª Respiratoria:

Fumador de 1 paquete/día desde hace unos 15 años, consumo esporádico de cocaína y heroína. Profesión: constructor.

Acudió al PAC por esputos hemoptoicos desde esta mañana coincidiendo con tos de sangre roja fresca, con episodios posteriores de menor cuantía. Sensación de falta de aire desde esta tarde con dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas.

Exploración y pruebas complementarias

Desde PAC, se realizó una anamnesis, toma de constantes (TA 104/79, FC 86, Sat O2 97%) y una exploración física. EF: BEG. VOC. Eupneico en reposo. Tolera el decúbito.

Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. AC: Rítmico controlado, sin soplos.

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: No edemas ni signos de TVP: Paquete vasculonervioso presente y simétrico. Tras valoración y sospecha de TEP se derivó a urgencias del HUB. Alli se le realizó una analítica: Leve leucocitosis (12.000) con resto de series normales, coagulación normal a excepción de Dímero D (1895) y una bioquímica con glucosa, iones y perfil hepatorrenal normal. Además. se le realizó un GAB normal y una Rx tórax: tórax enfisematoso con redistribución vascular a vértices pulmonares. Debido a la anamnesis y resultado de PPCC se le solicitó un ANGIOTC de arterias pulmonares llegando al diagnóstico de TEP agudo bilateral e imagen en LID sugestiva de infarto pulmonar, comenzando desde urgencias el tratamiento anticoagulante con HBPM.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

TEP bilateral con infarto pulmonar en LID.

Diagnóstico diferencial

TEP, bronquiectasias, infección (TBC), neoplasias.

Comentario final

Este caso refleja la importancia de un buen abordaje de cualquier cuadro clínico desde el punto de vista de atención continuada para valoración de patologías urgente a centros hospitalarios. Destacar el gran reto que supone desde estos PAC la valoración de estas patologías urgentes, sin los recursos diagnósticos/terapéuticos de los que se dispone en un Servicio Urgencias Hospitalario basándose en criterios clínicos apoyados por buenas anamnesis y exploraciones.

Bibliografía:

- *Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. Servicio Neumología complejo universitario Salamanca. 2015. Disponible en: https://www.archbronconeumol.org/en-diagnostico-tratamiento hemoptisis-articulo-S030028961600009*

620/38. NO ES SOLO DISNEA

Autores:

Mejias Montesdeoca, Patricia[1], Gran Tijada, Clara[1], Peña Ordoñez, Luis Alfonso[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 55 años hipertenso, dislipémico y diabético tratado con enalapril, atorvastatina, insulina glargina, dapaglifozina, sitagliptina y metformina. Acude por disnea progresiva y mareo con palidez y sudoración profusa. Desde hace dos días tos sin expectoración ni fiebre. Exfumador de 24 paquetes-años. Vacunado contra SARS-CoV2. Artromialgias desde hace 5 meses con afectación de muñecas, codos, hombros y rodillas pendiente de cita en Reumatología. Epistaxis reciente.

Exploración y pruebas complementarias

SatO2 basal 81-83%, hemodinámicamente estable, afebril. Auscultación cardiopulmonar con crepitantes en ambos campos, taquicardia rítmica sin soplos. No edemas. Rx tórax en Centro de Salud: infiltrados bilaterales. Ante cuadro de insuficiencia respiratoria aguda es trasladado en Soporte Vital Avanzado e ingresa en Unidad de Intensivos con oxigenoterapia alto flujo 35L FiO2 45% y antibioterapia empírica por sospecha de neumonía adquirida en comunidad. Analítica: Creatinina 1,75 mg/dL, iones, lactato, transaminasas, coagulación y gasometría arterial dentro de normalidad. Hemoglobina 11,7g/dL, Plaquetas 298x1000/µL, no leucocitosis. Proteína C reactiva 343 mg/L y procalcitonina 0,56 ng/mL. TACAR y broncoscopia: hemorragia pulmonar. Se realiza biopsia renal. Durante el ingreso se objetiva fracaso renal agudo y anemización progresiva precisando transfusión. En serología, anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (c-ANCA) positivos. Se inicia tratamiento con plasmaféresis, metilprednisolona y ciclofosfamida.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Goodpasture.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, granulomatosis con poliangeitis, poliangeitis microscópica.

Comentario final

La enfermedad por anticuerpos anti-MBG o enfermedad de Goodpasture es una vasculitis de pequeño vaso producida por anticuerpos contra la cadena alfa-3 del colágeno tipo IV principalmente. Se trata de una entidad rara con incidencia de hasta 1,8 casos por millón de habitantes. Algunos casos asocian c-ANCA, llamados pacientes doble positivo. De origen idiopático, se han identificado factores predisponentes genéticos (HLA-DR15) y ambientales (tabaco, fármacos...). Se presenta como glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar. La biopsia renal confirma el diagnóstico, observando glomerulonefritis proliferativa extracapilar con depósito lineal de IgG en MBG. Ante sospecha clínica y presencia de anti-MBG el tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y plasmaféresis reduce mortalidad. Hasta un 30% precisa diálisis a largo plazo. Esta patología requiere manejo multidisciplinar desde Atención Primaria, Neumología, Nefrología y Reumatología.

Bibliografía:

- *DeVrieze BW, Hurley JA. Goodpasture Syndrome. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2021 Oct 7. PMID: 29083697. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459291/.*

Organiza

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP

CNC 0022-2022

Secretaría Técnica

ap congress
C/ Narváez 15·1ºizq
28009 · Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es