

XII

Jornadas Nacionales

Respiratorio SEMERGEN

20-22 / abril • Hotel Bahía

Santander 2023



REVISTA



SEMERGEN

Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria

Respiratorio

AP



www.jornadasrespiratorio.com
info@jornadasrespiratorio.com

Secretaría técnica:



C/ Narváez 15-142q
28009 - Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
Info@apcongress.es

Editores

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

Dr. D. José Hernández Úrculo

Dr. D. Antonio Hidalgo Requena

Dr. D. José Ignacio Prieto Romo

Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez

Comité Editorial

Dr. D. Delio Vazquez Mallada

Dr. D. Francisco Vicente Martínez García

Dra. D^a. María Ajenjo González

Dra. D^a. Naiara Cubelos Fernández

Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

Dr. D. Antonio Hidalgo Requena

Dr. D. Bartolomé Leal Correa

Dr. D. Vicente Martín Sánchez

Dra. D^a. Ana Viejo Casas



Número 7. Año 2023

Editor: Grupo de trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

Lugar: Santander

ISSN: 2445-415X

Copyright 2023. 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.

Carta de Salutación

Queridos compañeros:

En 2011 iniciamos la andadura de las Jornadas Nacionales de Respiratorio en Santander. El próximo año 2023 volvemos a nuestra bella capital cántabra para celebrar una nueva edición de nuestras jornadas con la experiencia y madurez de los años transcurridos. Con más ganas, si cabe, y con la tranquilidad que da la consolidación de las mismas que ya son todo un referente en nuestra SEMERGEN y por ende, en la atención primaria española, como lo avalan los éxitos de participación en cuanto a número de inscritos y del envío de comunicaciones y que han ido aumentando en número y calidad a lo largo de estos años.

Por tanto os animamos desde aquí a que acudáis a Santander el 21 y 22 abril del próximo año 2023 para participar en las XII edición de las Jornadas Nacionales de respiratorio de SEMERGEN, en las que podréis actualizar conocimientos y disfrutar además de las bellezas de nuestra ciudad , así como de la acreditada gastronomía cántabra.

Un afectuoso saludo desde la tierra.

José Hernández Úrculo

Presidente del Comité Organizador de las XII Jornadas Nacionales de respiratorio de SEMERGEN

Comités

Comité Organizador

Presidente

Dr. José Hernández Úrculo

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

Vicepresidente

Dr. Juan Carlos López Caro

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

Vocales

Dr. Arturo Alonso Lobo

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

Dra. Sandra Arenal Barquín

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

Dra. M^a Concepción Astruga Tejerina

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campoo. Cantabria

Dr. Bartolomé Leal Correa

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

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

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

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. Alfonso José Valcarce Leonisio

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Astillero. Cantabria.

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. Mariano Rodríguez Porres

Mariano Rodríguez Porres. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Santoña. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro de la Junta y vocal de formación de la sociedad científica ACINAR. Miembro de la Sociedad de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP). Experiencia investigadora y docente en estudios clínicos en Asma bronquial y EPOC. Colaborador-investigador en el proyecto d

Vicepresidenta

Dra. Ana Viejo Casas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pisueña Cayón. Sarón. Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Vocales

Dr. Victoriano Chavero Carrasco

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

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.

Dra. Noelia Fontanillas Garmilla

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. Coordinadora del GT de Digestivo 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. José Tomás Gómez Sáenz

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

Dr. José Manuel Helguera Quevedo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. 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.

Dra. Margarita Pinel Monge

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

Dr. José Ignacio Prieto Romo

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

Dr. Miguel Santibañez Margüello

Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cantabria. Cantabria.

Dr. Iván Valero López

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares de Coslada-Madrid. Coordinador del GT de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Delio Vázquez Mallada

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

Información General

Fecha de Celebración y Sede

Fecha: 20, 21 y 22 de abril de 2023.

Sede: Hotel Bahía Santander

Dirección: C. Cádiz, 22, 39002. Santander.

Secretaría Técnica:



ap congress

C/ Narvéez 15, 1º izq.
28009 Madrid
Tel: 902 430 960 IFax: 902 430 959
E-mail: info@apcongress.es

Accreditaciones científicas

Otorgado el Reconocimiento de Interés Sanitario (RIS) por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Concedida la Validación por la Comisión Nacional de Calidad de SEMERGEN. N° Expte. 2023-00044.

Concedida la Acreditación de Formación Continuada a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
Expt.: 097831-301/23.

Programa Científico

Jueves 20 de Abril

18:00-18:10h. Presentación de las Jornadas.

Sala Santillana

18:15-19:15h. Taller. Inhaladores. Técnica inhalatoria. Sesión 1.

Sala Santillana

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.

Dra. Clara Gran Tijada

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

18:15-19:15h. Taller. Pruebas Funcionales-Espirometría. Sesión 1.

Sala Madrid

Ponentes:

Dra. Mónica Raquel Sánchez Jaén

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Ainhoa Belzunegi Garate

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

18:15-20:15h. Taller. Ecografía pulmonar.

Sala Cataluña

Ponentes:

Dr. Iván Valero López

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares. Coslada. Madrid. Coordinador del GT de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. María Esther Minguela Puras

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN.

Dr. Carlos Casanova García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN.

Dra. Ana Morán Escudero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN.

19:15-20:15h. Taller. Pruebas Funcionales-Espirometría. Sesión 2.

Sala Santillana

Ponentes:

Dra. Mónica Raquel Sánchez Jaén

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Ainhoa Belzunegi Garate

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

19:15-20:15h. Taller. Inhaladores. Técnica inhalatoria. Sesión 2.

Sala Madrid

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.

Dra. Clara Gran Tijada

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

Viernes 21 de Abril

09:00-10:00h. Taller. Rx de Torax.

Sala Santillana

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.

Dra. Elena S. Niza Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Laredo. Cantabria.

09:00-10:00h. Mesa de actualidad. AOS en Atención Primaria.

Sala Madrid

Ponente:

Dr. José Ignacio Prieto Romo

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

09:00-11:00h. Taller. de Investigación.

Sala Cataluña

Ponentes:

Dr. Miguel Santibañez Margüello

Epidemiología. Universidad de Cantabria. Cantabria.

Dr. Antonio Hidalgo Requena

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

10:00-11:00h. Taller. Las vacunas en las enfermedades respiratorias. Manejo necesario para el Médico de Atención Primaria.

Sala Santillana

Moderadora:

Dra. Blanca Delia De Román Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. Miembro de la red de Investigación SEMERGEN REDi. Miembro del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos SEMERGEN.

Ponente:

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

10:00-11:00h. Taller. Tos crónica. Sesión 1.

Sala Madrid

Ponentes:

Dr. José Luis Hernández García

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

Dr. José Luis Martínez Carrasco

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

11:00-11:30h. Pausa Café.

Sala Santillana

11:30-12:45h. Puesta al día. Tratamiento en pacientes de EPOC de bajo Riesgo y claves para mejorar la adherencia.

Sala Santillana

Moderadora:

Dra. Milagros González Béjar

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

Estrategias en el tratamiento de pacientes de EPOC de Bajo Riesgo

Ponente:

Dr. Sergio Campos Téllez

Neumología. Jefe Servicio Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

En busca de una mejor adherencia en la EPOC. ¿Pensamos exclusivamente en el dispositivo de inhalación?

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.

12:45-13:45h. Mesa de actualidad. Enfermedades intersticiales: fibrosis pulmonar.

Sala Santillana

Ponentes:

Dr. José Manuel Cifrián Martínez

Neumología. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

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

12:45-13:45h. Taller. Tos crónica. Sesión 2.

Sala Madrid

Ponentes:

Dr. José Luis Hernández García

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

Dr. José Luis Martínez Carrasco

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

12:45-13:45h. Mesa de actualidad. Manejo de medidas y tratamiento para el abandono del Tabaco.

Sala Cataluña

Ponentes:

Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

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

Sr. Hanz Carlos Alache Zúñiga

Medicina de Familia y Comunitaria. Centro Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid. Miembro del GT en Tabaquismo SEMERGEN.

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

Sala Santillana

16:30-17:30h. Mesa de actualidad. Abordaje en AP de Cáncer de pulmón.

Sala Santillana

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. 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 Aparato Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.

Dra. Marta López

Oncología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

16:30-17:30h. Mesa de actualidad. VMNI y Oxigenoterapia domiciliaria.

Sala Madrid

Ponente:

Dr. Iván Valero López

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares de Coslada-Madrid. Coordinador del GT de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Carmen Librada García Ortiz

Biología. Responsable Formación Técnica de Praxair Healthcare Iberia. Oximesa. Camargo. Cantabria

16:30-17:30h. Defensa de comunicaciones.

Sala Cataluña

17:30-18:45h. Puesta al día. EPOC y riesgo cardiovascular.

Sala Santillana

Moderador:

Dr. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. 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.

Ponentes:

Dr. Bernardino Alcázar Navarrete

Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Dr. Alberto Calderón Montero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión y de Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

18:45-19:00h. Pausa Café.

Sala Santillana

19:15-20:30h. Puesta al día. Manejo integral de la EPOC: SEMERGENDOC.

Sala Santillana

Moderador:

Dr. Bartolomé Leal Correa

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

Ponentes:

Dr. José Luis López Campos

Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Sevilla.

Dra. Carmen García-Rámila San José

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos. Miembro de los GT de Respiratorio, Tabaquismo y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

20:30-21:00h. Conferencia inaugural. Los escritores del siglo de oro y los médicos: el caso de Quevedo.

Sala Santillana

Ponente:

Dr. José Hernández Urculo

Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cantabria. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

21:00-21:30h. Acto inaugural.

Sala Santillana

21:30-22:30h. Cóctel Bienvenida.

Sala Santillana

Sábado 22 de Abril

09:00-10:00h. Taller. Urgencias respiratorias.

Sala Santillana

Ponentes:

Dr. Luis Richard Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Sur. Cádiz. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Nutrición y Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Dr. Diego Murillo García

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

09:00-10:00h. Defensa de comunicaciones.

Sala Madrid

09:00-10:00h. Defensa de comunicaciones.

Sala Cataluña

10:00-11:00h. Mesa de actualidad. TBC. Puesta al día.

Sala Santillana

Ponentes:

Dr. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

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

Dr. Luis Anibarro García

Especialista en Medicina Interna. Unidad de Tuberculosis. Complejo hospitalario universitario de Pontevedra. Pontevedra. Galicia.

10:00-11:00h. Mesa de actualidad. Microbioma humano: implicación en la salud y en algunas enfermedades. Relevancia en las patologías respiratorias.

Sala Madrid

Ponentes:

Dr. Juan Carlos López Caro

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotojino. Castro Urdiales. Cantabria. Vicepresidente de Acinar y vocal de investigación del GRAP. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Francisco Guarner

Gastroenterología. Centro Médico Teknon. Barcelona.

10:00-11:00h. Mesa de actualidad. Oportunidades de futuro en el Cáncer de Pulmón.

Sala Cataluña

Ponente:

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. Mikel Zabaleta Murguiondo

Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

11:00-12:15h. Puesta al día. Importancia de las infecciones respiratorias en AP.

Sala Santillana

Moderador:

Dr. Pablo Panero Hidalgo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

Ponentes:

Dra. Sara Calleja

Médica especialista en Inmunología. Unidad de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León. CAULE. León.

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

11:00-13:00h. Jornada de Puertas abiertas. ¿Cómo respira Santander?

Aire Libre

Coordinador:

Dr. Francisco Marchante Melero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Recinto. Ceuta. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

Mesa 1. EPOC

Ponente:

Dr. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

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

Mesa 2. Inhaladores

Ponente:

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 Aparato Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.

Mesa 3. Alergia/Asma

Ponente:

Dra. María Luisa López Díaz-Ufano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Católicos. San Sebastián de los Reyes. Madrid. Miembro de los GGTT de Nuevas Tecnologías, Nutrición y del Área de Tutores de SEMERGEN.

Mesa 4. Tabaco

Ponente:

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.

Mesa 5. Apnea del Sueño

Ponente:

Dr. Arturo Alonso Lobo

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

Colaboración:

Colaboradores:

Dr. Fátima Ruiz Sáinz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Digestivo de SEMERGEN.

Dr. Víctor Lemes Niz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

Dra. Sara Cué Herrería

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bezana. Cantabria.

Dra. Mónica Raquel Sánchez Jaén

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

12:15-12:30h. Pausa Café.

Sala Santillana

12:30-14:00h. Puesta al día. EPOC: Las exacerbaciones más allá del sistema respiratorio

Moderadora:

Dra. Margarita Pinel Monge

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria - Gasteiz. Álava. Miembro del GT de Respiratorio SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. José Manuel Helguera Quevedo

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

Dr. Pedro Gargantilla Madera

Medicina Interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de El Escorial. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid.

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

Sala Santillana

16:00-17:00h. Mesa de actualidad. Asma difícil control: Terapias biológicas.

Sala Santillana

Moderador:

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.

Ponente:

Dra. Beatriz Abascal Bolado

Neumología. Hospital Marqués de Valdecilla. Unidad de enfermedades obstructivas, EPOC y asma grave. Santander.

17:00-18:00h. Clausura y entrega de Premios.

Sala Santillana

21:30-23:30h. Cena de clausura.

Resumen de Ponencias

ASMA DÍFICIL CONTROL TERAPIAS BIOLÓGICAS.

■ B. Abascal-Bolado¹

■ ¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción

La aparición de nuevos tratamientos para el asma grave ha supuesto una revolución. El asma grave no controlada aparece en un 5% de los casos de asma grave y tiene un impacto negativo en calidad de vida, exacerbaciones y el pronóstico de los pacientes (1). A lo largo de los años, la mejor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad ha permitido fenotipar a estos pacientes (2) y entender la inflamación subyacente en la misma, que en el 70% de los casos es tipo 2 (3). Esta mejor comprensión ha facilitado la aparición de nuevas opciones terapéuticas con anticuerpos monoclonales que actúan a diferentes niveles de la cascada inflamatoria.

Desarrollo del tema

El epitelio de las vías respiratorias se considera un controlador esencial de las respuestas inflamatorias, inmunitarias y regenerativas a los alérgenos, virus y contaminantes ambientales que contribuyen a la patogenia del asma. TSLP, IL-25 e IL-33 orquestan la obtención y actividad de múltiples células efectoras, fundamentalmente los linfocitos innatos ILC-2 y las células dendríticas que se van a diferenciar en linfocitos Th-2 (4). Las interleucinas implicadas en esta activación de la cascada son IL-4, IL-5 e IL-13. La IL-5 activa los eosinófilos en la médula ósea y promueve su maduración, supervivencia y movilización a la sangre. La IL-4, la IL-13 y la IL-5 promueven el tráfico de eosinófilos desde la sangre hasta el lugar de la inflamación (5). Los mediadores inflamatorios liberados por estas células causan una inflamación crónica que provoca cambios estructurales en las vías respiratorias (5).

Las terapias biológicas disponibles en la actualidad para el tratamiento del asma grave son anticuerpos monoclonales dirigidos frente a algunas de estas citocinas. El omalizumab actúa frente a la IgE y tiene su indicación en el asma grave alérgico (6). El mepolizumab y el reslizumab son fármacos que actúan sobre la IL-5 inhibiendo su activación (7,8). El benralizumab actúa sobre la subunidad alfa del receptor de IL-5 impidiendo su activación y favoreciendo la apoptosis de los eosinófilos (9, 10). Todos ellos están indicados en el tratamiento del asma grave eosinofílico. El dupilumab actúa inhibiendo a la IL-4 y la IL-13, con lo que estaría indicado tanto en asma alérgico como eosinofílico (11). Todos ellos demuestran reducción de exacerbaciones, mejora en la calidad de vida y función pulmonar y reducción de la dosis de corticoides sistémicos (6,7,8,9, 11). A la hora de elegir una de estas terapias, los biomarcadores disponibles son los eosinófilos, el FeNO y la IgE que ayudan en la práctica clínica a fenotipar al paciente en alérgico, eosinofílico, mixto o no tipo 2 (12, 13).

Conclusiones

El conocimiento de la inmunología es fundamental para desarrollar tratamientos en el asma grave y los biomarcadores actualmente disponibles ayudan a fenotipar a los pacientes. El éxito de un agente biológico va a depender, principalmente, de la selección adecuada del mismo. Estas opciones terapéuticas suponen una esperanza, segura y efectiva, especialmente para aquellos pacientes con asma tipo 2 alto.

Bibliografía

1. GINA. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2022. Accesible en <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>
2. Gauthier M, Ray A, Wenzel SE. Evolving Concepts of Asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Sep 15;192(6):660-8.
3. Fahy JV. Type 2 inflammation in asthma--present in most, absent in many. *Nat Rev Immunol*. 2015 Jan;15(1):57-65.
4. Gauvreau GM, Bergeron C, Boulet LP, Cockcroft DW, Côté A, Davis BE, Leigh R, Myers I, O'Byrne PM, Sehmi R. Sounding the alarm--The role of alarmin cytokines in asthma. *Allergy*. 2023 Feb;78(2):402-417.
5. Gandhi NA, Bennett BL, Graham NMH, Pirozzi G, Stahl N, Yancopoulos GD. Targeting key proximal drivers of type 2 inflammation in disease. *Nat Rev Drug Discov*. 2016;15(1):35-50.
6. Busse W, Corren J, Lanier BQ, McAlary M, Fowler-Taylor A, Cioppa GD, van As A, Gupta N. Omalizumab, anti-IgE recombinant humanized monoclonal antibody, for the treatment of severe allergic asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Aug;108(2):184-90.
7. Haldar P, Brightling CE, Hargadon B, Gupta S, Monteiro W, Sousa A, Marshall RP, Bradding P, Green RH, Wardlaw AJ, Pavord ID. Mepolizumab and exacerbations of refractory eosinophilic asthma. *N Engl J Med*. 2009 Mar 5;360(10):973-84.
8. Castro M, Zangrilli J, Wechsler ME, Bateman ED, Brusselle GG, Bardín P, Murphy K, Maspero JF, O'Brien C, Korn S. Reslizumab for inadequately controlled asthma with elevated blood eosinophil counts: results from two multicentre, parallel, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Respir Med*. 2015 May;3(5):355-66
9. Bleecker ER, FitzGerald JM, Chanez P, Papi A, Weinstein SF, Barker P, Sproule S, Gilmartin G, Aurivillius M, Werkström V, Goldman M; SIROCCO study investigators. Efficacy and safety of benralizumab for patients with severe asthma uncontrolled with high-dosage inhaled corticosteroids and long-acting β_2 -agonists (SIROCCO): a randomised, multicentre, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2016 Oct 29;388(10056):2115-2127.
10. Laviolette M, Gossage DL, Gauvreau G, Leigh R, Olivenstein R, Katial R, Busse WW, Wenzel S, Wu Y, Datta V, Kolbeck R, Molfino NA. Effects of benralizumab on airway eosinophils in asthmatic patients with sputum eosinophilia. *J Allergy Clin Immunol*. 2013 Nov;132(5):1086-1096.e5.
11. Busse WW, Maspero JF, Rabe KF, Papi A, Wenzel SE, Ford LB, Pavord ID, Zhang B, Staudinger H, Pirozzi G, Amin N, Akinlade B, Eckert L, Chao J, Graham NMH, Teper A. Liberty Asthma QUEST: Phase 3 Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group Study to Evaluate Dupilumab Efficacy/Safety in Patients with Uncontrolled, Moderate-to-Severe Asthma. *Adv Ther*. 2018 May;35(5):737-748.
12. Fricker M, Heaney LG, Upham JW. Can biomarkers help us hit targets in difficult-to-treat asthma? *Respirology*. 2017 Apr;22(3):430-442.
13. Guía Española para el manejo del asma. GEMA 5.3. 2023. Disponible en www.gemasma.com

ENFERMEDADES INTERSTICIALES: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.

Autor J.A. Quintano Jiménez¹

¹Médico de familia. Neumólogo. Lucena (Córdoba)

Introducción

Aunque el motivo de consulta por tos y asma se relaciona frecuentemente con asma y EPOC, es importante descartar otras patologías poco frecuentes, como son las enfermedades intersticiales en particular la fibrosis pulmonar idiopática en las que por su peor pronóstico el diagnóstico precoz es fundamental.

Desarrollo del tema

El término enfermedades intersticiales difusas (EPID) agrupa un grupo heterogéneo de enfermedades en las que existe afectación del espacio intersticial del pulmón con un predominio de la inflamación y/o de

la fibrosis Estas enfermedades se caracterizan por manifestaciones clínicas, funcionales y radiológicas parecidas aunque el pronóstico y tratamiento son diferentes El diagnóstico de certeza se obtiene en la mayoría de los casos mediante el estudio histológico con biopsia (1)

Se conocen más de 150 variantes de neumopatías intersticiales. Las causas son múltiples y en muchas desconocidas aunque solo es posible identificar agente que las provoca en la tercera parte de ellas. Se clasifican en base a la histopatología (2)

Entre las EPID más conocidas se encuentran las asociada a la enfermedad del tejido conectivo, las neumoconiosis, la sarcoidosis, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y las neumonitis por hipersensibilidad (ej., pulmón del granjero) En España la incidencia estimada es 7,6 casos /100000hab, siendo la más frecuente la FPI (3)

El diagnóstico de sospecha se tiene ante los síntomas de disnea progresiva y tos crónica no productiva Hay que comenzar por una completa anamnesis dirigida a detectar factores de riesgo (historia ocupacional, inhalación de polvos inorgánicos (neumoconiosis) y orgánicos (neumonitis por hipersensibilidad), y analizar la presencia de síntomas de enfermedades sistémicas (conectivopatías)) y hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades que cursen con tos crónica y disnea En la auscultación respiratoria destacar la presencia de crepitantes Ante sospecha de EPID en Atención Primaria se le debe realizar una espirometría en la que se observa un patrón restrictivo, a nivel hospitalario se deben de hacer estudio de volúmenes pulmonares y de difusión (DLCO) que estarán disminuidos. La radiografía simple de tórax (RX) es obligada siendo característico un patrón intersticial (1). La tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) constituye la prueba de elección para el diagnóstico inicial de las EPID, la mayoría de los pacientes con clínica sugestiva de EPID tienen imágenes de TACAR anormal. Otras pruebas que ayudan al diagnóstico son: lavado broncoalveolar, biopsia transbronquial, criobiopsia transbronquial y biopsia quirúrgica

El diagnóstico de la EPID requiere un abordaje multidisciplinar incorporando la información clínica, radiológica e histológica (3)

El tratamiento de las EPID se basa en evitar la exposición al agente causal cuando es conocido, glucocorticoides, inmunosupresores, tratar las comorbilidades, oxigenoterapia y vacunaciones

FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA (FPI)

La FPI se define como una forma específica de neumonía intersticial fibrosante crónica de causa desconocida, que generalmente afecta a adultos mayores de 50 años, limitada al pulmón y asociada con el patrón histopatológico y / o radiológico de la neumonía intersticial habitual (NIU). (4)

La FPI es la EPID más frecuente, tiene una prevalencia estimada en España entre 13 casos por cada 100.000 habitantes en mujeres y 20 por cada 100.000 en varones, estimándose que afecta a unas 7000-12000 personas La duración de los síntomas antes del diagnóstico de **FPI es de 1 a 2 años, y la supervivencia media es de 2-5 años desde el inicio de los síntomas por lo que su sospecha clínica y diagnóstico precoz resultan especialmente relevantes.** (3,4),

Sospecharemos FPI en personas mayores de 50 años ante un paciente con disnea y tos crónica seca y estertores crepitantes basales inspiratorios Como en las otras EPID una historia clínica detallada y una exploración física completa (recordar el papel esencial de la auscultación) o los dedos en palillo de tambor, unas RX con patrón intersticial y una espirometría con patrón restrictivo pueden orientar hacia esta enfermedad

Diagnóstico: ante la sospecha por la clínica y pruebas referidas hay que derivar a neumología, recomendándose un equipo multidisciplinar en el que participen neumólogos, radiólogos y patólogos expertos en el diagnóstico y manejo de las EPID (3,4).

Para la confirmación diagnóstica definitiva de FPI se requiere: la exclusión de otras EPID y la presencia de un patrón NIU en el examen de la biopsia pulmonar quirúrgica, o bien la evidencia radiológica de este patrón NIU en el TACAR. (3,4) El TACAR es la prueba fundamental para el diagnóstico de la FPI al identificar los hallazgos típicos del patrón de NIU con un valor predictivo positivo del 90 al 100%. La biopsia pulmonar quirúrgica es la prueba diagnóstica definitiva cuando el TACAR no es concluyente

El tratamiento farmacológico de la FPI se basa en el empleo de los tratamientos antifibróticos actuales, los ensayos clínicos con Pirfenidona y Nitendanib han demostrado mejoría de la función pulmonar, en la capacidad de ejercicio, disnea y calidad de vida, reducción de exacerbaciones y de la mortalidad. (5)

Conclusiones.

Las EPID son enfermedades en las que existe afectación del espacio intersticial del pulmón.

Las manifestaciones clínicas, funcionales y radiológicas son parecidas.

Síntomas: tos crónica y disnea progresiva.

La FPI es la EPID más frecuentes.

En las EPID y FPI el diagnóstico es interdisciplinar y se basa en el TACAR y biopsia pulmonar.

Sospecharemos FPI en personas mayores de 50 años ante un paciente con disnea y tos crónica seca y estertores crepitantes basales inspiratorios.

La supervivencia media de la FPI es de 2-5 años desde el inicio de los síntomas por lo que la sospecha clínica y diagnóstico precoz son relevantes.

Diagnóstico definitivo de FPI: se debe confirmar un patrón NIU en la biopsia o en el TAC.

Tratamiento antifibrótico (Pirfenidona y Nitendanib) en FPI: mejoran función pulmonar, la disnea, número de exacerbaciones y mortalidad.

Bibliografía

1. Molina J, Trigueros JA, Quintano JA, Mascarós E, Xaubet A, Ancochea J. *Fibrosis pulmonar idiopática: un reto para la atención primaria*. SEMERGEN. 2014; 40:134-42
2. Travis WD, Costabel U, Hansell DM, et al. *An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias*. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188: 733–748.
3. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M, et al. *Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática*. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49:319--20.
4. Raghu G, Remy-Jardin M, Richeldi L, Thomson CC, Inoue Y, Johkoh T, Kreuter M, Lynch DA, Maher TM, Martinez FJ, Molina-Molina M, Myers JL, Nicholson AG, Ryerson CJ, Strek ME, Troy LK, Wijsenbeek M, Mammen MJ, Hossain T, Bissell BD, Herman DD, Hon SM, Kheir F, Khor YH, Macrea M, Antoniou KM, Bouros D, Buendia-Roldan I, Caro F, Crestani B, Ho L, Morisset J, Olson AL, Podolanczuk A, Poletti V, Selman M, Ewing T, Jones S, Knight SL, Ghazipura M, Wilson KC. *Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022 May 1;205(9): e18-e47. doi: 10.1164/rccm.202202-0399ST
5. Molina-Molina M, Buendia-Roldan I, Castillo D, Caro F, Valenzuela C, Selman M. *Novedades diagnósticas y terapéuticas en fibrosis pulmonar progresiva*. *Arch Bronconeumol*. 2022;58: T418-T42410.1016/j.arbres.2021.12.017

PUESTA AL DÍA. MANEJO INTEGRAL DE LA EPOC: SEMERGENDOC.

■ C. García-Rámila San José²

■ ²Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos

SEMERGENDOC, es un documento clínico que, a modo de guía basada en la evidencia, incluye propuestas de diagnóstico, manejo y tratamiento actualizadas de la EPOC. Ha sido elaborada por 26 médicos miembros del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN y se basa principalmente en la guía GesEPOC 2021^{1,2} y en la Estrategia GOLD 2023³.

Su finalidad es ser una herramienta de uso habitual en las consultas de Atención Primaria (AP) y a lo largo de 15 capítulos reúne de forma clara y concisa toda la información necesaria para el abordaje de esta patología de forma integral, abarcando aspectos novedosos como el concepto del control de la EPOC, las comorbilidades, la identificación de los rasgos tratables y el síndrome de agudización de la EPOC.

En conclusión, responde a la necesidad del médico de AP de tener acceso a una herramienta que, sin perder la solidez científica, mejore la eficiencia del trabajo en consulta, aportando una rápida visión que permita una toma de decisiones ágil y adecuada en la atención clínica, de forma homogénea, constituyendo un marco de referencia para todos los profesionales implicados en la atención sanitaria de los pacientes con EPOC.

Para su presentación se utilizó un caso clínico de un paciente EPOC con mal control y se fue aplicando el documento SEMERGENDOC revisando todos los aspectos que se deben estudiar en dichos pacientes crónicos con un abordaje integral para un buen control.

Bibliografía

1. Miravittles M et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58(1):69-81.
2. Soler-Cataluña JJ et al. Actualización 2021 de la Guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC. Arch Bronconeumol 2022;58(2):159-170.
3. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 GOLD Reports). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2023

MICROBIOMA HUMANO: IMPLICACIÓN EN LA SALUD Y EN ALGUNAS ENFERMEDADES. RELEVANCIA EN LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.

■ López Caro, JC.

■ Médico de familia. C.S. Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.

Introducción

En esta puesta al día lo que se pretende resaltar es la importancia del microbioma en el estado de salud, así como en algunas enfermedades de los seres humanos y principalmente en las patologías respiratorias.

Desarrollo

Aunque hasta hace poco se consideraba que el pulmón era un órgano estéril, desde la secuenciación del genoma humano y posteriormente la secuenciación del genoma microbiano, por nuevas técnicas de secuenciación masiva (NGS), se ha comprobado que no era así y que las vías respiratorias superior e inferior tienen su propio microbioma, su propio ecosistema y que este es dinámico. Existen ya múltiples estudios donde se ha comprobado que el microbioma del pulmón sano tiene una composición con una gran diversidad microbiana, que es diferente al microbioma que presentan pacientes con diagnóstico de asma y EPOC, con una menor diversidad y una composición microbiana diferente con un sobrecrecimiento de Proteobacterias y Firmicutes que juegan un papel fundamental en las exacerbaciones de estas patologías¹. Existe una conexión bidireccional entre el intestino y el pulmón, denominado eje intestino-pulmón. La dieta mediterránea rica en verduras, legumbres, fibra, pescado, etc. junto a los probióticos es ideal para mantener la eubiosis intestinal. Los probióticos mejoran de la función de barrera del epitelio intestinal, aumentan la adhesión de la mucosa intestinal, inhiben la adhesión de los patógenos, tienen una exclusión competitiva con microorganismos patógenos, producen sustancias antimicrobianas y modulan la función inmune².

La evidencia clínica del AB21 como probiótico en la infección por Sars CoV2 se demostró en Méjico, en un ensayo clínico prospectivo, ciego, aleatorizado, con 300 pacientes, demostró que, administrado una vez al día durante 30 días, es capaz de mejorar la tasa de remisión de COVID19 (53% vs 28%) además de reducir la carga viral, aumentar Igs, mejorar la sintomatología y no dar lugar a efectos secundarios³.

Conclusiones

- La metagenómica se dirige al estudio del conjunto del genoma de comunidades microbianas en una localización determinada: comprender a las comunidades microbianas y conocer cómo interactúan las bacterias.
- El microbioma humano es una comunidad de microorganismos que viven en el hombre (superficies de mucosas, piel, etc.) que pueden tener tanto un papel beneficioso como perjudicial o neutro para el huésped e incluye bacterias, hongos (principalmente levaduras) y virus.
- Las nuevas técnicas de secuenciación masiva (NGS) han demostrado que las vías respiratorias superior e inferior tienen su propio microbioma y que este es dinámico.
- Los probióticos mejoran de la función de barrera del epitelio intestinal, aumentan la adhesión de la mucosa intestinal, inhiben la adhesión de los patógenos, tienen una exclusión competitiva con microorganismos patógenos, producen sustancias antimicrobianas y modulan la respuesta inmune.
- Cepas específicas en AB21 producen activación sistémica de la respuesta inmune, un efecto antiinflamatorio local y protección del epitelio intestinal, por ello, el tratamiento con AB21 podría ser útil para mejorar la evolución y acortar la enfermedad de pacientes con IRV y/o con comorbilidades respiratorias o de base.

Bibliografía

1. Robert P Dickson, Fernando J Martínez, Gary B Huff nagle; *Lancet* 2014; 384: 691–702.
2. Tourkochristou et al. *Front Immunol.* 2021 May 31; 12:665968.
3. Gutiérrez-Castrellón P, Espadaler-Mazo J et al. *Gut Microbes* 2022.

TALLER DE ECOGRAFÍA PULMONAR.

C. Casanova García¹, E. Minguela Puras², A. Morán Escudero³, I. Valero López⁴.

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Junca. Torrejón de Ardoz. Madrid. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares. Coslada. Madrid. Coordinador del GT de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción

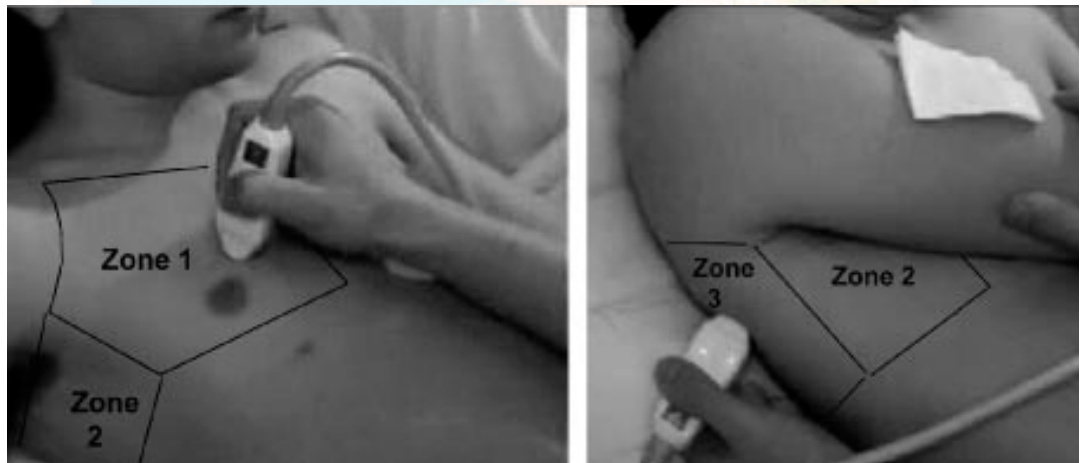
La ecografía torácica es una prueba de imagen que ha demostrado gran utilidad para la valoración de la patología tanto de la pared torácica, como de la pleura, el parénquima pulmonar, el mediastino y la musculatura diafragmática.

La accesibilidad de la prueba, junto a su inocuidad, la posibilidad de realizarla junto a la cama del paciente y la facilidad para la repetición en caso necesario son las claves que del gran rendimiento que ofrece la exploración con ultrasonidos.

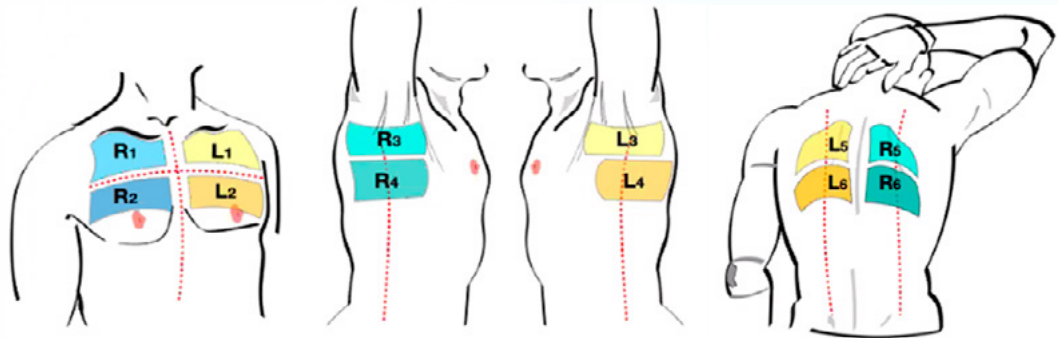
La ecografía torácica cuenta también con algunos inconvenientes. En primer lugar es una técnica muy dependiente de la destreza del explorador. Si bien es cierto que, dentro de las exploraciones con ultrasonidos, probablemente sea la que tiene una curva de aprendizaje menor. En segundo lugar, tendremos en cuenta que pese a tener una gran sensibilidad vamos a encontrarnos con una especificidad muy pequeña. Son muchas las patologías con las mismas imágenes, siendo muy importante el contexto clínico en el que se presentan. En tercer lugar, tenemos la limitación de apreciar solo las lesiones que estén en contacto con la pleura visceral. Todo lo que esté más profundo en el parénquima no será alcanzable a los ultrasonidos, debido a la diferencia de impedancia de los tejidos.

Aproximación a la Ecografía de la Pared Torácica y Pleuropulmonar

La exploración con ecografía pleuropulmonar variará mucho según la situación clínica del paciente. Ante una situación crítica y con el enfermo en decúbito supino, nos puede ser útil la exploración de tres zonas por hemitórax. Si el examen lo realizamos en la consulta se pueden rastrear 6 o incluso 8 zonas por hemitórax.



Zonas para la exploración del paciente crítico.



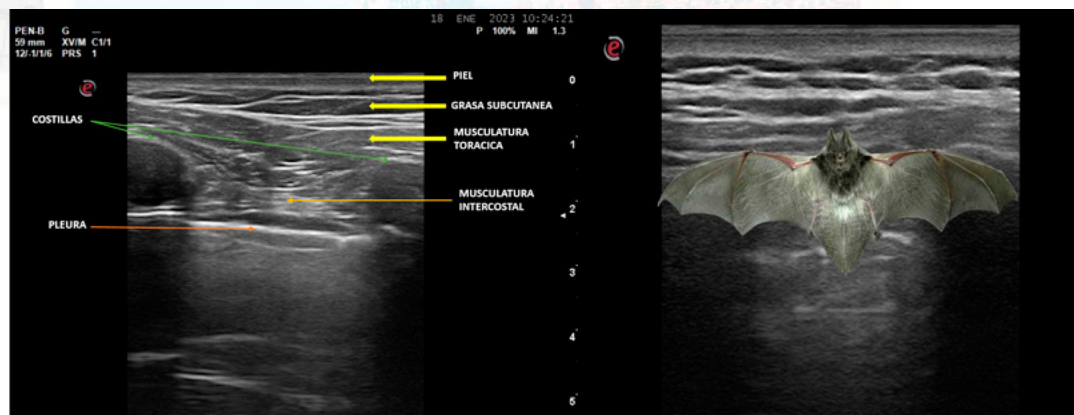
Zonas de exploración con paciente colaborador.

Signos ecográficos

Para realizar una correcta ecografía pulmonar es necesario dominar los 10 signos ecográficos que describió Daniel Liechtenstein. Estos incluyen 1. Signo del murciélago 2. Deslizamiento pulmonar 3. Líneas A, líneas B y otras 4. Signo del cuadrado 5. Signo de la sinusoide 6. Signo de la consolidación 7. Signo del desflecamiento 8. Signo de la orilla del mar o de la playa 9. Signo de la estratosfera o código de barras 10. Punto pulmón. Pueden ser extensibles a 12 si incluimos el broncograma aéreo dinámico y el pulso pulmón.

1. Signo del murciélago

Comenzando nuestra exploración en modo 2D y si colocamos nuestra sonda perpendicular a dos costillas, obtendremos una imagen en la que podemos distinguir, de superior a inferior de la imagen, el tejido celular subcutáneo, la capa muscular del tórax, dos costillas con su sombra acústica correspondiente cada una, musculatura intercostal y la línea pleural. Esta se visualiza como una línea hiperecogénica entre las dos costillas. Forma la interfase entre los tejidos blandos de la pared torácica y el aire existente dentro de la cavidad. La gran diferencia de impedancia que existe entre ambos medios genera una reflexión casi completa del ultrasonido. Esto genera una imagen que asemeja a la cabeza y alas de un murciélago.



Signo del murciélago

2. Deslizamiento pulmonar o "lung sliding"

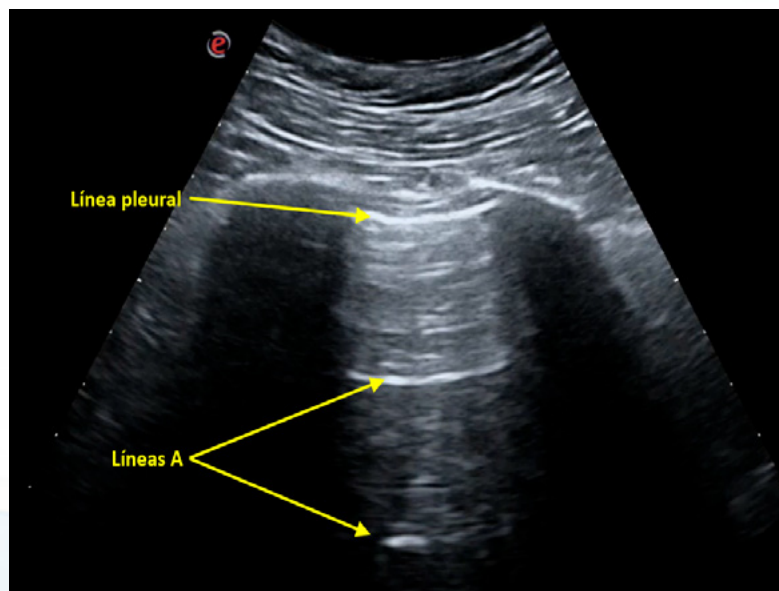
El pulmón es un órgano vital dotado de movimiento, siendo el deslizamiento pulmonar el signo dinámico básico de la normalidad. Este indica el deslizamiento tanto de la pleura parietal y visceral con movimientos de vaivén, ya que ambas forman parte de la línea pleural.

3. Líneas A, líneas B y otras

Las líneas A son líneas horizontales hiperecogénicas, similares a la línea pleural de la que son reflejo y que se sitúan paralelas y a una distancia múltiplo de la que existe entre la sonda y la línea pleural. Se

continúan hasta el fondo de la pantalla. Están originadas por un artefacto de reverberación. Las líneas A nos indican que el aire es el principal componente existente bajo la línea pleural.

Sí las líneas A se acompañan de deslizamiento pulmonar nos vienen a indicar que el pulmón está normalmente aireado. Ante la ausencia del deslizamiento pulmonar podemos sospechar la presencia de neumotórax, aunque en este caso no sería un signo patognomónico.

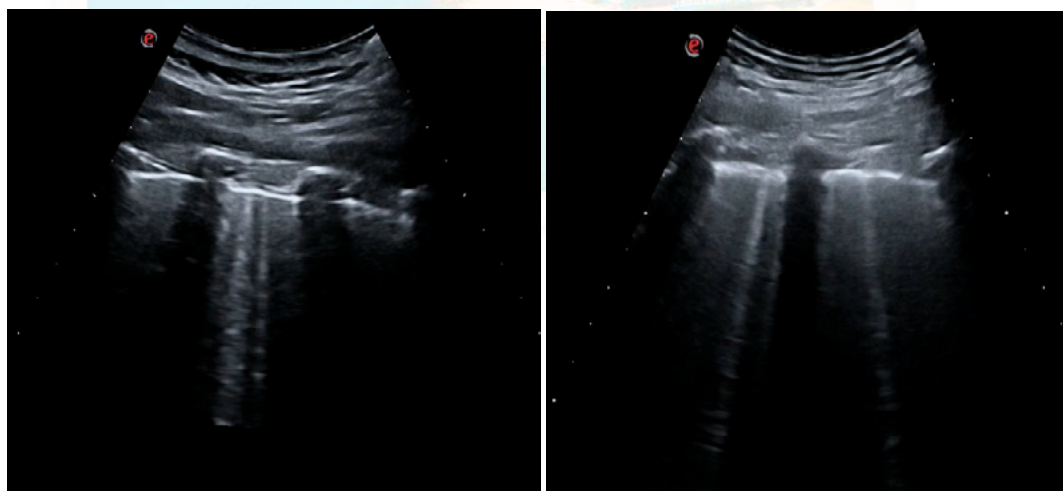


Líneas A

Las líneas B se definen como artefactos de reverberación hiperecogénica, en cola de cometa con una imagen vertical tipo láser, están bien definidas, que surgen de la línea pleural extendiéndose hasta la parte inferior de la pantalla sin desvanecerse, borran las líneas A y se mueven sincrónicamente con el deslizamiento pulmonar.

Son el resultado de la interfase entre el aire alveolar y fluido del septo interlobulillar engrosado, representando edema o fibrosis de estos.

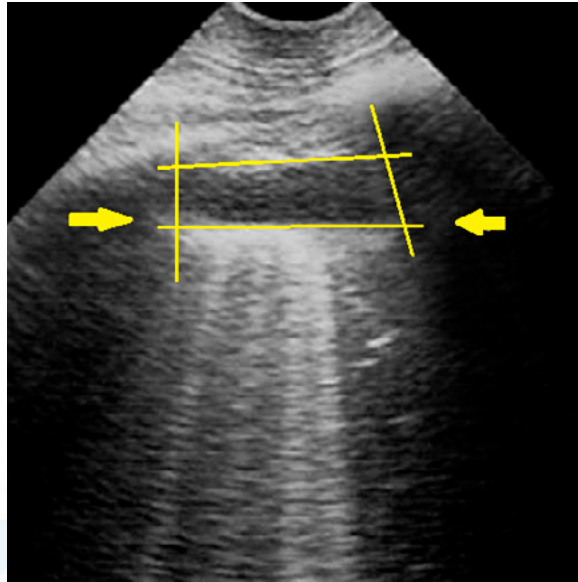
Puede ser normal ver hasta dos líneas B por espacio intercostal en sujetos sanos. Estas tienden a estar localizadas en los campos medios (zona de la cisura) y en las bases pulmonares. Ante la presencia de 3 o más líneas B en un plano longitudinal entre 2 costillas podemos determinar la existencia de patología subyacente.



Líneas B

4. Signo del cuadrado

El signo del cuadrado se corresponde en la exploración ecográfica bidimensional por la presencia de una imagen hipo o anecoica cuadrada, limitada por arriba por la línea pleural parietal, lateralmente por las sombras de las costillas e inferiormente por la línea pulmonar (pleura visceral). El borde profundo del cuadrado es regular.



Signo del cuadrado

5. Signo del sinusoides

Sí exploramos el derrame pleural en modo M podemos observar una variación de la distancia entre las pleuras con los movimientos respiratorios. Nos ayudará a detectar pequeñas cantidades de derrame pleural.

6. Signo de la consolidación

En las neumonías translobares, el tejido pulmonar está condensado y no aireado, proporcionando una imagen real, similar por su densidad a otros tejidos.



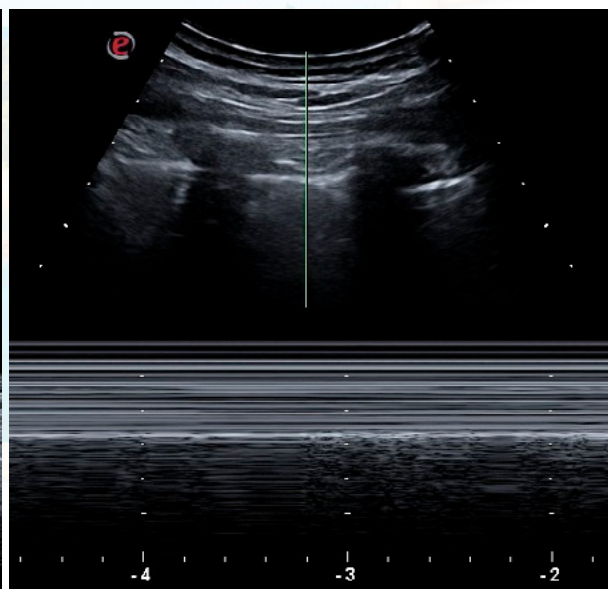
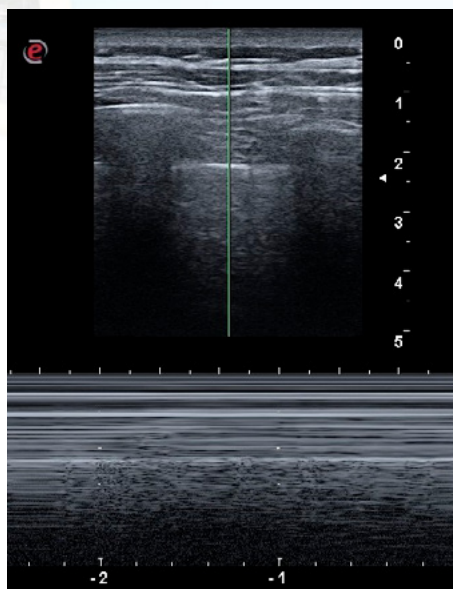
7. Signo del desflecamiento

En las consolidaciones no translobares observamos una imagen hipoecoica o de pequeña consolidación con un característico borde inferior irregular, en sacabocados que corresponde al límite entre la parte de pulmón consolidado y el aireado.



8. Signo de la orilla del mar o signo de la playa

En el modo M un pulmón aireado y con deslizamiento la línea pleural va a delimitar dos zonas bien diferenciadas dando lugar al signo de la orilla del mar o signo de la playa. Las estructuras inmóviles darán lugar a un patrón lineal. El deslizamiento pleural y el aire del pulmón darán lugar a un patrón granular.



9. Signo de la estratosfera o código de barras

Al realizar la exploración en modo M, si observamos un patrón lineal tanto por encima de la línea pleural como por debajo, es debido a la ausencia de movimiento bajo la pleura parietal y a la presencia de aire bajo esta. Se reemplazaría la típica imagen del signo de la playa por una similar a un código de barras. Este signo de la estratosfera es muy característico del neumotórax aunque no es 100% específico.

10. Punto pulmón

Es un hallazgo ecográfico que se puede obtener tanto en el modo bidimensional como en el modo M. Su presencia es 100% específica en caso de neumotórax. Su sensibilidad es dependiente de la experiencia del explorador. Corresponde a la zona límite de pulmón normal donde las pleuras siguen yuxtapuestas con la zona donde se despegan por la presencia de aire.

11. Broncograma aéreo dinámico

Son artefactos hiperecogénicos lineales o arboriformes presentes en las consolidaciones, que muestran movimiento durante la ventilación, debido a que las vías aéreas principales se encuentran abiertas. La presencia de broncograma aéreo dinámico prácticamente descarta la existencia de una atelectasia.

12. Pulso pulmón

En los casos de ausencia de ventilación pulmonar, como puede ser la atelectasia de un lóbulo o en presencia de apnea, podemos observar un movimiento vertical de la línea pleural que es sincrónico con el latido cardíaco.

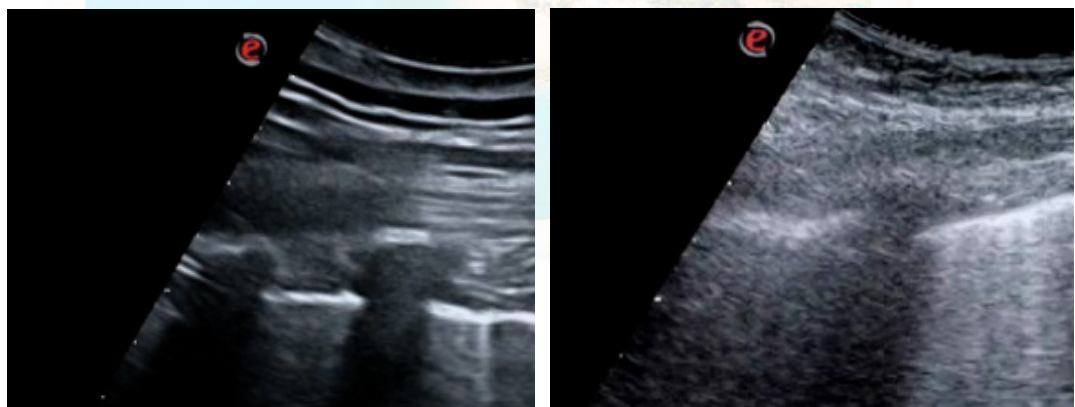
Correspondencia de los signos ecográficos con la patología torácica

Signos de la normalidad

En un pulmón normal visualizaremos las estructuras de la pared torácica hasta la línea pleural, a partir de ahí nos encontraremos líneas A. Las pleuras visceral y parietal se deslizan una sobre la otra con los movimientos respiratorios produciendo deslizamiento pulmonar. Si la exploración la realizamos en el modo M veríamos el signo de la playa. La visualización de las costillas con su sombra acústica y la línea pleural nos genera el signo del mucielago.

Síndrome alveolo-intersticial

En un pulmón normal la unidad básica de su estructura es el lobulillo pulmonar. Son de forma poliédrica y se encuentran separados por los septos interlobulillares. Cuando los septos van siendo ocupados por la presencia de edema inflamación o fibrosis, se producirán líneas B. Si visualizamos 3 o más líneas B en un campo entre 2 costillas estaríamos en presencia del síndrome intersticial. Según aumenta el desbalance entre agua y aire en el lobulillo y si el propio alveolo es ocupado por líquido, se irán juntando las líneas B, o incluso podrán confluir formando el "pulmón blanco". En estos casos ya podríamos hablar del síndrome alveolo-intersticial.



Condensación

Podemos ver las consolidaciones debido a la ausencia de aire en los alveolos, ya sea por la aparición de líquido o fluidos como es el caso de las neumonías o por el colapso de estos como es el caso de las atelectasias. La imagen que veremos en el ecógrafo es en esta ocasión real.

Si la consolidación posee todavía algo de aire en su interior podremos apreciar imágenes de broncograma aéreo.

Derrame pleural

La ecografía presenta mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico que la radiografía de tórax. Es capaz de detectar pequeñas cantidades de líquido como son 20 cc. El derrame se visualiza habitualmente como una zona anecóica entre las dos hojas pleurales. Grandes derrames pueden acompañarse de atelectasia, que se visualizará como una forma de lengua móvil. Es el signo de la medusa. Los derrames situados en el seno costo frénico harán que se pierda el signo de la cortina.



Derrame pleural

Neumotórax

Los ultrasonidos tienen una sensibilidad y especificidad similar a la TAC torácica, y muy superior a la radiografía de tórax para la detección de la presencia de neumotórax.

El hallazgo del punto pulmón es patognomónico. La sensibilidad, que también es alta, varía según el explorador. La presencia de deslizamiento pleural, ya sea en modo bidimensional como en modo M (Signo del código de barras), la presencia de pulso pulmón o la de líneas B descartan la presencia de neumotórax.



TALLER TOS CRÓNICA.

J.L. Martínez Carrasco¹, J.L. Hernández García²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Los Castillos. Madrid.

La tos es el síntoma respiratorio más común en Atención Primaria. Tradicionalmente se ha considerado más un síntoma que una enfermedad en sí misma, aunque esta situación está cambiando en los últimos años. Cuando su intensidad y/o frecuencia son elevadas interfieren de forma importante en la calidad de vida del paciente, afectando tanto a aspectos físicos como psicológicos. Los pacientes con tos crónica también presentan una mayor morbilidad, lo que implica un mayor gasto de recursos sanitarios (1).

El abordaje del paciente con tos prolongada por parte del personal sanitario de Atención Primaria debe fundamentarse en una anamnesis y exploración física exhaustivas, junto a una evaluación posterior con pruebas complementarias, principalmente la radiografía de tórax y la espirometría con prueba broncodilatadora. En primer lugar, se deben identificar los signos de sospecha de una enfermedad grave y/o estructural que en ocasiones puede precisar una atención urgente.

Las causas más frecuentes de la tos subaguda (duración entre 3 y 8 semanas) son la tos postinfecciosa, las exacerbaciones de enfermedades subyacentes (asma, EPOC) y la tos ferina. En los casos de tos crónica (más de 8 semanas) (2), una vez descartados el tabaco y los IECAs, se debe pensar en asma, bronquitis eosinofílica, EPOC, reflujo gastroesofágico y síndrome tusígeno de la vía aérea superior (STVS). En ocasiones, la respuesta a ciertas terapias empíricas (broncodilatadores y ICS en asma, ICS en bronquitis eosinofílica, IBPs en reflujo gastroesofágico y antihistamínicos y corticoides nasales en STVS) puede ser útil, tanto para confirmar el diagnóstico como a nivel terapéutico (3).

A veces no se encuentra una causa etiológica de la tos persistente a pesar de una evaluación exhaustiva, es la denominada tos crónica inexplicada. En otras ocasiones, la tos crónica persiste a pesar de un tratamiento óptimo de sus presumibles causas, en un paciente que es adherente al tratamiento, y que se trata de acuerdo con las guías prácticas publicadas, es la llamada tos crónica refractaria. Se sospecha que en su patogenia está implicado un síndrome de hipersensibilidad a la tos, caracterizado por una tos irritativa que se desencadena a menudo por una exposición mínima a estímulos generalmente inocuos (térmicos, mecánicos o químicos). En este nuevo concepto subyace un trastorno neuropático con similitudes anatómicas y fisiopatológicas con el circuito neurológico del dolor crónico. Esta aproximación sustenta nuevos tratamientos como: neuromoduladores, logopedia, opiáceos en dosis bajas y nuevos desarrollos en investigación de fármacos que actúan sobre receptores neuronales.

Bibliografía

1. Domínguez-Ortega J, Plaza V, Li VW, Fonseca E, Cea-Calvo L, Martín A, et al. Prevalence of chronic cough and patient characteristics in adults in Spain: A population-based cross-sectional survey. *Chron Respir Dis*. 2022;19:1-10.
2. Irwin RS, French CL, Chang AB, Altman KW and CHEST Expert Cough Panel. Classification of cough as a symptom in adults and management Algorithms. *CHEST Guideline and Expert Panel Report*. *Chest*. 2018;153(1):196-209.
3. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene, Birring SS, Dicpinigaitis P, Domingo-Ribas C, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J*. 2020;55(1):1901136 [https://doi.org/10.1138/13993003.01136-2019].

TALLER DE URGENCIAS RESPIRATORIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

L. Richard Rodríguez¹, D. Murillo García²

¹Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Sur. Cádiz. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Diabetes y Salud Mental de SEMERGEN. ²Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Fregenal de la Sierra. Badajoz. Miembro de los GGTT de Diabetes y de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción

La disnea es un síntoma muy común en AP (7% y 10%). Puede ser indicativo de una amplia gama de afecciones, algunas de las cuales pueden ser graves o incluso mortales.

Se hace una descripción general de la disnea, y de las causas principales que la provocan, haciendo un estudio diferencial de sus posibles causas. Se abordan tres enfermedades principales: asma, tromboembolismo pulmonar y neumonía por medio de 3 casos clínicos. Pueden requerir atención urgente y el médico de AP tiene un papel fundamental.

Desarrollo del tema

Asma: El asma afecta al 5% de la población adulta en España y es la urgencia médica más frecuente en pediatría. Las crisis asmáticas pueden ser de instauración rápida o lenta, siendo las primeras más graves pero con mejor respuesta terapéutica. La evaluación de una crisis asmática se basa en la identificación de síntomas, medición de la obstrucción al flujo aéreo (FEV1 o PEF) y respuesta al tratamiento. Las crisis leves pueden ser manejadas en casa o en atención primaria, con broncodilatadores y glucocorticoides. En crisis moderadas y graves, es necesaria la administración de oxígeno y la utilización de nebulizadores o pMDI para la administración de SABA.

Tromboembolismo Pulmonar (TEP): El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad clínica de alta incidencia y mortalidad, siendo la tercera causa más frecuente de urgencia cardiovascular. Su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales, y el médico de familia juega un papel crucial en la identificación de los factores de riesgo y la sospecha de TEP ante síntomas como disnea inexplicada, dolor torácico pleurítico o taquipnea. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) son el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con TEP aguda sintomática, salvo en casos de síndrome antifosfolípido triple positivo, embarazo, lactancia o insuficiencia renal grave. La formación y actualización en el manejo del TEP es esencial en atención primaria para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Neumonía: En la mayoría de los casos, el agente causal no se identifica. El patógeno predominante en las series hospitalarias es el *Streptococcus pneumoniae*. La infección viral se recoge en casi la mitad de los pacientes. La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados. Su incidencia es de 3 casos por 1.000 habitantes/año y la mortalidad global oscila entre un 5 y un 10%. El diagnóstico se basa en la clínica y en la radiografía de tórax. La decisión de tratar ambulatoriamente o derivar al hospital se basa en la escala CRB-65. La duración del tratamiento antibiótico suele ser de 5 a 10 días, aunque puede prolongarse en casos específicos.

Conclusiones

El manejo de las urgencias respiratorias en atención primaria requiere un conocimiento sólido de las condiciones comunes como el asma, el TEP y la neumonía. La identificación temprana y el manejo adecuado de estas patologías pueden mejorar significativamente los resultados para los pacientes.

Bibliografía

1. Plaza V, Albid I, Álvarez C, Blanco M, Ferreira J, García G, Gómez-Outes A, Gómez F, Hidalgo A, Korta J, Molina J, Pellegrini FJ, Pérez M, Plaza J, Praena M, Quirce S, Sanz J. Spanish Asthma Management Guidelines (GEMA) VERSION 5.1. Highlights and Controversies. Arch Bronconeumol. 2022 feb;58(2):150-158. English, Spanish.
2. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, Huisman MV, Humbert M, Jennings CS, Jiménez D, Kucher N, Lang IM, Lankeit M, Lorusso R, Mazzolai L, Meneveau N, Ní Áinle F, Prandoni P, Pruszczyk P, Righini M, Torbicki A, Van Belle E, Zamorano JL; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020 Jan 21;41(4):543-603. (3) Menéndez R, Cilloniz C, España PP. Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. Arch Bronconeumol. 2020;56(S1):1-10.

PUESTA AL DÍA EN TUBERCULOSIS.

■ L. Anibarro García¹. J.L. Zamarrón Moreno²

■ 1 Unidad de Tuberculosis. Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario universitario de Pontevedra. 2 Centro de Salud Segovia Rural, Segovia

La tuberculosis (TB) es la enfermedad infecciosa causante de mayor mortalidad por agente único en todo el mundo. Se estima que en el año 2021 se dieron 10.600.000 casos nuevos de enfermedad y 1.600.000 fallecidos por su causa ¹.

La vía de transmisión de la enfermedad en nuestro medio es casi exclusivamente por vía respiratoria. Tras exposición a M. tuberculosis (MTB) y su llegada al espacio alveolar puede ocurrir cuatro situaciones: 1- Eliminación de la bacteria por inmunidad natural; 2- Persistencia del bacilo en forma de infección latente (ILT); 3- Desarrollo precoz de enfermedad TB activa y 4- Desarrollo de enfermedad tras periodo previo de ILT.

Estas fases no son compartimentos estancos ni situaciones clínico-microbiológicas excluyentes ni irreversibles. Se considera que existe un espectro continuo de infección que va desde la infección latente en pacientes asintomáticos y sin capacidad de demostración microbiológica (ni de contagio) de MTB, TB incipiente (pacientes asintomáticos con mayor riesgo de progresión a TB activa); TB subclínica (existen bacilos viables, pero no hay síntomas), y finalmente la situación de TB activa con presencia de clínica y habitualmente demostración microbiológica en muestras respiratorias o de otra localización ².

Las medidas básicas de prevención de la TB son el diagnóstico precoz y la adherencia correcta al tratamiento. La presencia de tos de más de 3 semanas de duración obliga a la realización de una Rx tórax que si es sugestiva de TB indica la obtención de muestras (habitualmente esputos) para descartar enfermedad. MTB es una bacteria ácido-alcohol resistente (BAAR). La presencia de BAAR en esputo es sugestiva de TB, pero no exclusiva. Cualquier otra especie de micobacterias presenta también esta característica, como pueden ser M. abscessus y especies de M. avium complex entre otras muchas. La confirmación de especie ante la presencia de BAAR se realiza mediante técnicas de identificación en cultivo o, más rápidamente, con la realización de una PCR, la cual además nos puede aportar información de posibles resistencias sin necesidad de esperar por la sensibilidad fenotípica en cultivos.

El diagnóstico de ILT se base en pruebas de detección de respuesta inmunitaria frente a MTB: prueba cutánea de tuberculina (PT) o pruebas de detección de interferón-gamma (IGRA). Ninguna de ellas es concluyente de presencia de infección por MTB. La especificidad de los IGRAS es superior a la PT, especialmente en pacientes vacunados con BCG o en zonas de alta prevalencia de micobacterias no tuberculosas.

El tratamiento preventivo de TB (también llamado tratamiento de infección latente o quimioprofilaxis) se indica en las situaciones con mayor riesgo de progresión a TB activa: Contacto con un enfermo con TB pulmonar; tratamiento inmunosupresor (especialmente anti-TNF-alfa); insuficiencia renal terminal; silicosis; pacientes trasplantados o en programa de trasplante e infección por VIH. Existen también otras situaciones en las que se puede considerar el tratamiento en pacientes con ILT³.

Bibliografía

1. *Global tuberculosis report 2022*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Goletti D, Delogu G, Matteelli A, Migliori GB. The role of IGRA in the diagnosis of tuberculosis infection, differentiating from active tuberculosis, and decision making for initiating treatment or preventive therapy of tuberculosis infection. *Int J Infect Dis* 2022; 124 Suppl 1: S12-S19.
3. Ortiz-Brizuela E, Menzies D, Behr MA. Testing and Treating Mycobacterium tuberculosis Infection. *Med Clin North Am* 2022; 106: 929-947.

EN BUSCA DE UNA MEJOR ADHERENCIA EN LA EPOC ¿PENSAMOS EXCLUSIVAMENTE EN EL DISPOSITIVO DE INHALACIÓN?

■ R. de Simón Gutiérrez¹

■ ¹ Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción

La medicación inhalada administrada mediante dispositivos de inhalación representa el principal tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas. Su rapidez en el efecto y su administración local, minimizando así la posibilidad de efectos adversos, hacen de esta vía de administración la de elección para enfermedades como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). No obstante, la elección del dispositivo más apropiado para cada paciente es un acto de prescripción complejo por el gran número de dispositivos existentes, con diferentes técnicas de administración y por ser muy escasas las evidencias disponibles. Por ello, para una elección adecuada se deben considerar las características clínicas, comorbilidades, edad y capacidad para realizar la técnica inhalatoria relativas a los pacientes, además de las particularidades técnicas propias de cada dispositivo.

Desarrollo

Sin embargo, son diversas las dificultades encontradas cuando se ha estudiado la eficacia y resultados clínicos con dispositivos de inhalación. Una de las más evidentes se refiere a la deficiente técnica de inhalación de sus usuarios que, lógicamente, implicará errores críticos comprometiendo la llegada de fármacos a la vía respiratoria (1). Igualmente, diversos estudios hacen referencia a estas mismas deficiencias en la técnica cuando se evalúa su uso entre los profesionales prescriptores.

Otra de las áreas de mejora es conseguir optimizar la adherencia a este tipo de tratamientos. Como ejemplo, la tasa de adhesión de los pacientes con EPOC varía según los estudios entre un 29 y un 56%. Además, es conocido que dicha falta de adherencia y el uso inadecuado de las terapias inhaladas se asocian a un peor control de los síntomas, mayor utilización de recursos sanitarios, costes más elevados y peor calidad de vida asociada con la salud (2).

Por otro lado, existen una serie de factores propios del dispositivo de inhalación que deben considerarse a la hora de seleccionar el más adecuado para cada paciente. Diversos aspectos como el flujo inspiratorio requerido, el depósito pulmonar alcanzado, la facilidad de uso o la resistencia interna, se han aludido clásicamente como características técnicas que pueden ayudar a la toma de decisiones.

No obstante, no debemos olvidarnos de otras cualidades de los dispositivos como las ayudas técnicas que facilitan la comprobación de la toma correcta del fármaco, o las condiciones de conservación del medicamento que garantizan la administración de una dosis correcta en su uso. A este respecto, disponemos en la actualidad de dispositivos de inhalación de polvo seco, que incorporan cápsulas monodosis transparentes que, mediante comprobación visual de vaciado de las mismas, van a facilitar un feedback de toma correcta del fármaco a sus usuarios. Por otra parte, la presentación del envasado de dichas cápsulas se ha descrito como un factor importante en el resultado de la dosis final recibida. En este sentido, algunos estudios muestran que el impacto potencial de pérdida en la dosis de partículas finas es mayor para el producto embotellado que para el blíster de aluminio (entre un 40-90 % de pérdida en la dosis de partículas finas en relación con la dosis inicial), lo que podría afectar significativamente a la cantidad de medicamento que realmente puede llegar a los pulmones del paciente (3).

Conclusiones

En definitiva, los clínicos deben recordar que la elección del dispositivo de inhalación constituye una variable de éxito tan importante como la propia molécula, y en consecuencia un factor clave a la hora de prescribir los tratamientos de las enfermedades respiratorias crónicas.

Bibliografía

1. Sanchis J et al. *Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time?* *Chest*. 2016;150(2):394-406.
2. Van Boven JF, Chavannes NH, van der Molen T, Rutten-van Mölken MP, Postma MJ, Vegter S. *Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review*. *Respir Med*. 2014 Jan;108(1):103-13. doi: 10.1016/j.rmed.2013.08.044. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24070566.
3. Wolkenhauer M, Latza K, Jung J, Eckhard N, Götzmann F. *Effect of Unintentional Storage and Handling Errors of Inhaled Medications: What Does This Mean for Therapeutic Equivalence Considerations?* *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2019 Jun;32(3):121-131. doi: 10.1089/jamp.2018.1480. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30523717;

COMUNICACIONES

665/1. ¿NUEVOS ANTIBIÓTICOS PARA NEUMONÍAS?

Autores:

A. García Dueñas¹, P. Longinos Rodríguez², N. Rosado Barrasa²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 47 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por presentar tos con expectoración de dos semanas de evolución. No ha presentado fiebre ni disnea ni dolor torácico. En la exploración física (EF) presenta buenas constantes y crepitantes en base pulmonar derecha. Solicitamos radiografía de tórax objetivándose condensación en base pulmonar derecha. Ante la sospecha clínica de neumonía atípica pautamos levofloxacino 500 mg cada 24 horas durante 7 días y control en una semana.

El paciente refiere buena evolución aunque persiste la tos. Continúa afebril. A la EF crepitantes en base pulmonar derecha, resto sin hallazgos. Control clínico en una semana.

El paciente acude nuevamente, ha estado en el hospital por empeoramiento clínico. En EF del hospital objetivan crepitantes en base pulmonar derecha acompañado de sibilancias dispersas. Cambian anti-bioterapia por cefuroxima 500 mg cada 12 horas, pautan prednisona 30 mg y formoterol/budesonida 160/4,5 mcg. Mantenemos mismo tratamiento y control en una semana.

En la revisión refiere mejoría clínica. Repetimos radiografía de tórax al mes objetivando resolución de la condensación pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias

EF primera consulta de Atención Primaria:

- Saturación O₂ basal (SatO₂) 98%, Frecuencia Cardíaca (FC) 87 lpm
- Faringe: hiperémica sin exudados
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado (mvc) con crepitantes en base derecha.

EF de Hospital:

- SatO₂ basal 93%, FC 96 lpm, Temp 36,8°C
- Auscultación pulmonar: mvc con crepitantes en base derecha y sibilancias dispersas

Analítica de sangre: leucocitosis con neutrofilia, bioquímica sin alteraciones, PCR 158,8 mg/L.

Gasometría arterial basal: pH 7,45 pO₂ 67, PCO₂ 36

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumonía adquirida en la comunidad

Diagnóstico diferencial

- Neumonía
- Broncoespasmo
- Infección respiratoria de vías bajas no consolidativa

Comentario final

El uso de la cefuroxima para el tratamiento empírico de la neumonía adquirida en la comunidad no está recogida en ninguna de las guías consultadas. Lo más probable es que el paciente haya mejorado por el tiempo de evolución y el uso del primer antibiótico pautado. Debemos dar tiempo de curación a las infecciones respiratorias e intentar prescribir antibióticos cuando no son necesarios.

Bibliografía:

1. *González del Castillo, J. Resumen de INFURG-SEMES de las Guías ATS/IDSA para el diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. 2019. Disponible en: https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/Gui%CC%81as-IDSA_Definitivo.pdf*

665/2. FIEBRE CON SORPRESA.

Autores:

- I. Campo Beitia¹, C. Gran Tijada¹, P. Sáez Marco¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 30 años que presenta febrícula de 2 semanas de duración de predominio matutino junto con episodios intermitentes de tos no productiva. No antecedentes médicos conocidos. Ex-fumador. Trabajador en oficina. Niega contacto con pájaros. No viajes al extranjero. No pérdida de peso ni sudoración nocturna.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, palidez cutánea. Febrícula. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos hemitórax con saturación de oxígeno del 94%, se realiza radiografía de tórax objetivando patrón retículo nodular.

Se deriva al Hospital de referencia para estudio realizando tomografía computerizada (TC) y fibrobroncoscopia. El TC muestra hilios pulmonares y mediastino normal, con múltiples adenopatías paratraqueales bilaterales subcarinales, prevasculares e hiliares de hasta 16 mm. En parénquima pulmonar, engrosamiento de septos interlobulillares bilateral, de manera más acentuada en ambos lóbulos superiores. Igualmente, se objetivan micronódulos.

Las serologías incluyendo VIH, antígeno SARS-COV2 y microorganismos típicos y atípicos fueron negativos. Enzima convertidora de angiotensina de 73 U/L. Resultado citohistológico de fibrobroncoscopia: inflamación granulomatosa no necrotizante con cociente CD4/CD8 de 6,6 en el lavado bronquioalveolar.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Sarcoidosis pulmonar bilateral grado II.

Diagnóstico diferencial

Sarcoma de Kaposi. Linfoma

Comentario final

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida que se caracteriza por presentar infiltraciones de granulomas no necrotizantes en varios órganos, predominantemente en pulmones, sistema linfático, piel y ojos.

Aunque prácticamente cualquier órgano puede verse afectado los pulmones son los más afectados presentando síntomas como, tos, disnea y dolor torácico. La fatiga es el síntomas mas predominante. La fiebre y la pérdida de peso son otros de los síntomas que pueden aparecer.

El diagnóstico de la sarcoidosis está basado en tres criterios mayores; clínica coherente, demostración en uno o varios tejidos granulomas no necrotizantes y la exclusión de otras causas de enfermedades granulomatosas.

En nuestra práctica clínica diaria debemos tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre persistente, fatiga y tos.

Bibliografía:

1. Sève, P., Pacheco, Y., Durupt, F., Jamilloux, Y., Gerfaud-Valentin, M., Isaac, S., ... & El Jammal, T. (2021). Sarcoidosis: a clinical overview from symptoms to diagnosis. *Cells*, 10(4), 766.
2. Drent, M., Crouser, E. D., & Grunewald, J. (2021). Challenges of sarcoidosis and its management. *New England Journal of Medicine*, 385(11), 1018-1032.

665/3. ATELECTASIA DEL LÓBULO PULMONAR SUPERIOR DE RECHO DE ORIGEN NO SOSPECHADO.

Autores:

J. Sedano García¹, E. Angulo Vallejo², N. Menoyo Martínez³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 86 años institucionalizada, presenta limitación para la movilidad secuela de una Poliomiéltis. Entre sus antecedentes presenta hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar. Debutó tres días antes con un episodio de tos productiva con purulencia del esputo, aumento de la disnea basal y fiebre. Tras el tratamiento con antibiótico persiste la tos y la disnea.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física apreciamos hipoventilación con crepitantes en el tercio superior del hemitorax derecho, eupneica. La auscultación cardíaca es arrítmica a 68 latidos por minuto. Saturación O₂ 97%. CRB-65:1. No se identifican signos de insuficiencia cardíaca congestiva ni de trombosis venosa profunda. La paciente rechaza estudio hospitalario. 15 días después la fiebre ha desaparecido pero persiste la tos y la disnea. La exploración general no difiere de la inicial. Se solicita una radiografía de tórax, analítica con hemograma y electrocardiograma. En la rx se aprecia una atelectasia parcial del lóbulo superior derecho (LSD).

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

En atención hospitalaria se complementa el estudio con una Tomografía axial computada del tórax encontrándose una atelectasia parcial del LSD, identificándose una imagen nodular en el bronquio principal derecho. Posteriormente se realizó una broncoscopia que resultó diagnóstica y terapéutica. En la misma se extrajo un cuerpo extraño vegetal compatible con un hueso de aceituna.

Diagnóstico diferencial

Se plantea diagnóstico diferencial de las atelectasias: Lesiones obstructivas de la vía aérea principal: causas tumorales (carcinoma broncogénico, metástasis, Linfomas). Inflamatorias (Tuberculosis, Sarcoido-

sis). Otras (tumores benignos, cuerpos extraños). Lesiones obstructivas de la pequeña vía aérea: tapón de moco, asma, fibrosis pulmonar o inflamatorias como bronquitis o bronconeumonías.

Comentario final

Inicialmente se realizó un diagnóstico de presunción a partir de datos clínicos. Las Pruebas complementarias nos han conducido al diagnóstico de broncoaspiración y a pesar de reinterrogar a la paciente por antecedentes de atragantamiento no lo recordaba. A pesar de ello es esencial la realización de una anamnesis exhaustiva.

Bibliografía:

1. Cortés-Campos A, Martínez-Rodríguez M. Manifestaciones radiográficas de las atelectasias pulmonares lobaras en la radiografía de tórax y su correlación con la tomografía computarizada. *Radiología*, 2014-05-01, Volumen 56, Número 3, Páginas 257-267. - Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(S2):22-28

665/5. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.

Autores:

A. Carcelén Felipe¹, S. García Revert²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elda II - Marina Española. Elda. Alicante, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elda II - Marina Española. Elda. Alicante

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 61 años de edad que acude a su Médico de Atención Primaria por dolor torácico en región subescapular derecha de características pleuríticas de un mes de evolución. Además, asocia disnea y tos seca irritativa los últimos 15 días. Niega fiebre u otra clínica asociada.

Antecedente personales de interés: fumador de 40 años/paquete, trabajador de una fábrica de motores, utilizando amianto como aislante.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

- Buen estado general, bien hidratado, bien perfundido.
- Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos. Normofrecuentes. Sin auscultar soplos.
- Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar derecho junto con disminución de las transmisiones vocales.
- Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre: anodina.
- ECG: anodino.
- Rx de tórax: aumento de densidad homogéneo que borraba las siluetas diafragmática y cardíaca desde el hilio, compatible con derrame pleural

Ante estos hallazgos, se deriva para valoración preferente por Neumología.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

En Neumología se realiza una nueva radiografía de tórax, objetivando movilización de líquido pleural. Se procede a realizar una toracocentesis diagnóstica, obteniendo: proteínas 4,3 g/dl, LDH 620 UI/l, glucosa 80 mg/dl y pH 7,30; enviando además el líquido para estudio microbiológico.

Ante la sospecha de derrame pleural maligno se solicita TAC torácico, que confirma la presencia de derrame pleural, y se realiza una videotoroscopia diagnóstica y terapéutica derecha observando una infiltración pleural en forma de masas blanquecinas que afectaba de forma parcheada a la pleura parietal y diafragmática. Se realiza toma de biopsias intraoperatorias, siendo el resultado compatible con un MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO, consiguiendo trasvideotoroscopia una buena reexpansión pulmonar, procediendo a la pleurodesis con talco.

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis, Empiema Pleural, Adenocarcinoma metastásico de pleura.

Comentario final

El mesotelioma constituye el tumor pleural primario más frecuente. Debe sospecharse desde Atención Primaria ante un varón con exposición previa y prolongada al asbesto que acude por dolor torácico, tos seca y disnea. La primera clave diagnóstica desde el centro de salud puede aportarla la radiografía de tórax. El diagnóstico diferencial incluye diversos procesos benignos y malignos, siendo fundamental el análisis del líquido pleural.

Bibliografía:

1. Nieto Barbero MA, Rodríguez Hermosa J.L, Calle Rubio M, et al. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Plan de formación médica continuada de Neumología.

665/6. PREVALENCIA DE HERPES ZOSTER Y CORONAVIRUS EN PACIENTES CON EPOC DURANTE DOS AÑOS DE PANDEMIA.

Autores:

M. López Serrano¹, O. Ramírez Alonso²

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

Resumen:

Objetivos

Determinar la prevalencia de Herpes Zoster (HZ) durante dos años de pandemia (marzo 2020-marzo 2022) y la presencia de infección por Covid-19 o vacunación para el mismo en el mes anterior al HZ en pacientes con EPOC en dos Zonas Básicas de Salud (ZBS) urbanas.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo aprobado por el CEIm de la gerencia correspondiente. Se recogió de la historia clínica electrónica los pacientes con HZ y EPOC. Se comprobó si durante el mes previo habían tenido infección por Covid-19 o habían sido vacunados. Se estudió la localización del HZ y su posible neuralgia post-herpética, otras comorbilidades asociadas y el tratamiento prescrito para la EPOC.

Resultados

La población a estudio fueron los 28.446 pacientes de ambas ZBS, de los cuales 247 habían sufrido infección por HZ y 9 tenían EPOC: 4 (0,44%) eran hombres y 5 (0,55%) eran mujeres. Infección por Covid el mes previo tuvieron 3 (33%) y ninguno se había vacunado el mes anterior. La distribución del HZ fue 1 (11%) en cabeza, 4 (44%) en cuello, tórax y extremidades superiores y 3 (33%) en abdomen y extremidades inferiores. Neuralgia post-herpética sufrió 1 (11%). Diabetes tenían 2 (22%), obesidad 2 (22%) y sobrepeso 3(33%). Ansiedad sufrían 4 (44%) y

depresión 0. HTA tenían 6 (66%) e hiperlipidemia 5(55%), insuficiencia cardiaca 2 (22%), ACV 0, fibrilación auricular 2 (22%) y ninguno IAM. Fumaban 2 (22%) y 4 (44%) habían sufrido alguna neoplasia previamente (mama, tiroides y 2 vesicales). Respecto al tratamiento para la EPOC 2(22%) usaban doble terapia (corticoide+broncodilatador) y 1(11%) triple terapia inhalada (corticoide + doble broncodilatación).

Conclusiones

Existen diversas publicaciones de casos de HZ y Covid-19 confirmando el aumento de la incidencia de HZ durante la pandemia de Covid-19, pero no hay datos suficientes para sacar conclusiones. La prevalencia del HZ en el estudio no parece tan llamativa, si bien no existen datos para comparar con otro periodo sin pandemia. Por otra parte parece muy escasa la prevalencia de la EPOC en el estudio; una vez más podría estar relacionada con el infra diagnóstico que existe en dicha patología.

665/7. HIDRONEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

■ P. Sáez Marco¹, I. Campo Beitia¹, C. Gran Tijada¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón 90 años, con antecedentes de FA, HTA, Dislipemia, Derrame pleural bilateral en contexto de insuficiencia cardiaca derecha.

Tratamiento habitual: Rivaroxaban, Amlodipino 5 mg, Losartan 50mg, Rosuvastatina 10mg, Furosemida 40mg.

Acude a consulta por cuadro catarral y acceso de tos importante, comenzando con disnea de reposo y edemas en extremidades inferiores. Niega fiebre, dolor torácico ni palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado

Constantes vitales: Afebril. SatO2 96%. TA 150/90mmHg. FC 75 lpm.

Auscultación cardiaca: arritmico sin ruidos ni soplos

Auscultación pulmonar: hipofonesis hemitórax derecho. Presenta tiraje intercostal.

Extremidades inferiores: edemas con fóvea hasta tercio superior.

Se realiza radiografía de tórax donde se observa derrame pleural derecho moderado con hidroneumotórax apical derecho, por lo que se canaliza vía periférica, administramos furosemida intravenosa y derivamos a hospital de referencia.

Pruebas complementarias durante el ingreso:

- Analítica : proBNP 374.0 pg/mL, Dimero D 2377.0 ug/L. Resto sin alteraciones.
- Antígeno Virus SARS CoV2: Negativo
- Antígeno Neumococo/Legionella: Negativo
- Cultivo bacteriano de líquido pleural negativo
- Análisis líquido pleural: pH 7.43, células con leucocitos 1.800, 83% mononucleares y 17% polimorfonucleares, Hematíes 9.700, Glucosa 117.

- TAC torácico: Neumotórax derecho en seno cardiofrénico. Derrame pleural bilateral. Cardiomegalia y derrame pericárdico.
- Toracocentesis y colocación de drenaje.
- Radiografía de tórax (control): Correcta colocación de tubo de tórax con disminución de hidroneumotórax derecho.
- Rx tórax (al alta): reexpansión del pulmón derecho y desaparición del derrame pleural.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Derrame pleural derecho moderado con hidroneumotórax apical derecho.

Diagnóstico diferencial

Absceso pulmonar

Comentario final

El hidroneumotórax es la coexistencia de aire y líquido en la cavidad pleural, considerándose una forma complicada de neumotórax.

La causa más frecuente es iatrogénica (colocación de vías centrales, toracocentesis...), también hay casos asociados a cirugías, traumatismos torácicos, neoplasias primarias, metástasis, e infecciosas como hidroneumotórax asociado a empiema piógeno por *Klebsiella*, tuberculosis....

El diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax y TAC torácico.

El diagnóstico diferencial fundamentalmente es con el absceso pulmonar.

El tratamiento consiste en colocación de tubo de drenaje

Bibliografía:

1. J. de Portugal, M. Díaz Rubio. Hidroneumotorax en paciente inmunocompetente. *Anales de medicina interna*. Vol.21. Num.6.2004
2. M.T Arrieta González. Derrame pleural en radiología. *Revista medica Sinergia*. Vol. 2. Num.6. Junio 2017:3-5.

665/8. PREVALENCIA DE HERPES ZOSTER Y CORONAVIRUS EN PACIENTES CON ASMA DURANTE DOS AÑOS DE PANDEMIA.

Autores:

M. López Serrano¹, O. Ramírez Alonso²

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

Resumen:

Objetivos

Determinar la prevalencia de Herpes Zoster (HZ) durante dos años de pandemia (marzo 2020-marzo 2022) y la presencia de infección por Covid-19 o haber sido vacunado ara el mismo en el mes anterior al HZ en pacientes con asma en dos Zonas Básicas de Salud (ZBS) urbanas.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo aprobado por el CEIm de la gerencia correspondiente. Se recogió de la historia clínica electrónica los pacientes con HZ y asma. Se comprobó si durante el mes previo habían tenido infección por Covid-19 o si habían sido vacunados. Se estudió la localización del HZ y su posible neuralgia post-herpética, otras comorbilidades asociadas y el tratamiento para el asma.

Resultados

La población a estudio fueron los 28.446 pacientes de ambas ZBS de los cuales 247 (0,8%) habían sufrido infección por HZ y 18 tenían asma: 6(33%) eran hombres y 12(66%) eran mujeres. Infección por Covid el mes previo tuvieron 4(22%) y uno se había vacunado el mes anterior con la vacuna de Pfizer. La distribución del HZ fue 8(44%) en cuello, tórax y extremidades superiores, 6(33%) en abdomen y extremidades inferiores y ninguno en cabeza. Neuralgia post herpética padecieron 4(22%). Diabetes tenían 2(11%), obesidad 3(16%) y sobrepeso 4(22%). Ansiedad sufrían 2(11%) y depresión 1(5%). HTA tenían 8(44%) e hiperlipidemia 10(55%), insuficiencia cardiaca 2(11%), ACV 0, fibrilación auricular 2(11%) e IAM 1(5%). Ninguno fumaba y 2(11%) habían tenido neoplasia previamente (páncreas y estómago). Respecto al tratamiento para el asma 3(16%) usaban doble terapia (corticoide+broncodilatador) y 3(16%) triple terapia inhalada (corticoide + doble broncodilatación).

Conclusiones

Existen diversas publicaciones de casos de HZ y Covid-19 confirmando el aumento de la incidencia de HZ durante la pandemia de Covid-19, pero no hay datos suficientes para sacar conclusiones. La prevalencia del HZ en el estudio no parece tan llamativa, si bien no existen datos para comparar con otro periodo sin pandemia. El 22% de los pacientes con asma habían sufrido covid en el mes anterior al HZ, la localización mas frecuente fue en dermatomas cérvico-torácicos y la comorbilidad más frecuente la hiperlipidemia junto con la patología cardiovascular.

665/9. DISNEA SÚBITA.

Autores:

M. García González¹, B. De Román Martínez², A. Alonso Ruiz¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 38 años con antecedentes personales de depresión mayor, trastorno paranoide. Fumador activo con un consumo acumulado de 15 paquetes al año. Trabaja en la construcción, no refiriendo contacto con asbesto. Vive en ambiente urbano. Convive con un perro. No contacto con pájaros. Sin antecedentes neumológicos conocidos. Acude al centro de salud por disnea de cuatro horas de evolución que se intensifica durante la exploración, por lo que se decide derivarle al Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Tª 36.3 °C. TA 128/82 mmHg. FC 103 lpm. Saturación de O2 basal 95%. Auscultación cardiaca: rítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación en hemitórax derecho de predominio en base y campo medio. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. ECG: ritmo sinusal a 99 lpm, eje normal, no alteraciones agudas en la repolarización. Analítica que incluyó hemograma, bioquímica y coagulación (dímero-D incluido), con resultados estrictamente normales. Radiografía de tórax: línea de colapso pleural e imagen hiperlúcida con ausencia completa de flujo vascular pulmonar en hemitórax derecho. Tras valorar las pruebas anteriores, se realizó ecografía torácica, objetivándose ausencia de sliding pleural de hemitórax derecho,

correspondiendo a la localización de neumotórax en la radiografía torácica. Se colocó tubo de drenaje pleural, objetivándose reexpansión pulmonar radiológica.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumotórax espontáneo derecho

Diagnóstico diferencial

Crisis de ansiedad. Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax. Infección respiratoria. Crisis asmática

Comentario final

La realización de un adecuado y rápido diagnóstico diferencial ante un paciente con disnea súbita, es de suma importancia, debido a la posible gravedad del proceso subyacente. En nuestro caso, una buena exploración física, acompañada de las pertinentes pruebas complementarias, condujo a un rápido diagnóstico. Dada la gravedad de esta patología, su rápida identificación condujo a una resolución favorable.

Bibliografía:

1. *Manual 12 de Octubre, 9ª ed.*
2. *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 6ª ed.*

665/10. ¿MANEJAMOS CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES EPOC TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA?

Autores:

M. Sáiz Careaga¹, P. León Hervias², A. Pérez Guijarro³, Á. Pérez Martín¹, A. Suárez Rodríguez⁴, J. Gutiérrez Revilla⁵

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria, (2) Investigadora. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria, (3) Investigador. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria, (4) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria, (5) Farmacia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria

Resumen:

Objetivos

El paciente con EPOC que precisa triple terapia es complejo y de riesgo. El trabajo estudia el perfil, características y manejo de los pacientes con EPOC tratados con triple terapia.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de sujetos con EPOC tratados con triple terapia atendidos en Cantabria. Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y para variables cualitativas porcentajes. La información se ha recogido de la historia clínica virtual.

Resultados

Se analizaron 55 sujetos, con una edad media de 72.6±10.1 años y predominio masculino (54.5%); el 34.5% fumaba, el 29.1% bebía alcohol, el 43.6% era obeso. El 47.3% tenía realizado un ECG, 5.5% el BODE, el 3.6% el BODex, el 70.9% la escala mMRC (41% grado 2), el 27.3% el CAT (media 17±7.06), el 72.7% la presión arterial (media TAS 138.52±22.1 mmHg y TAD 73.95±11.8), el 87.3% una radiografía de tórax, una analítica el 89.1%, con eosinofilia el 9.1% y alfa1-antitripsina el 27.3%. El 92.7% tenía recogida una saturación de O₂ (media 94.9±2.5%) y el 98.2% una espirometría (media FVC 80.07±15.5, Fev1 65.5±81.3, tiffenau 52.3±12.3). El 45.5% estaba clasificado con grado GOLD (el 52% 2) y el 43.6% con fenotipo (principalmente D (45.8%)). El 58.2% había presentado exacerbaciones

en el último año (media 0.84 ± 0.8), estando vacunado de la gripe el 40%, del neumococo el 32.7%, del COVID el 40% y de la dTPA el 40%. La prescripción inicial principalmente era del neumólogo (87.3%) y del médico de atención primaria (10.9%).

Conclusiones

El perfil del paciente EPOC tratado con triple terapia es el de un varón de más de 70 años, seguido por el neumólogo. El seguimiento y manejo que marcan las guías se encuentra lejos de la realidad efectuada. La vacunación recomendada es muy deficiente. Es necesario mejorar el manejo de estos pacientes de riesgo.

665/11. DISNEA Y HERNIA DIAFRAGMÁTICA.

Autores:

M. López Serrano¹, M. Alonso Quintana¹, M. Venegas Henquer²

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:

Descripción del caso

Mujer de 65 años, ama de casa, cuyos antecedentes personales son HTA, cifoescoliosis y hernia hiatal. Acude a consulta por disnea progresiva de un año de evolución, sobre todo al caminar. No refiere dolor torácico, edemas, ortopnea ni tos. No es fumadora. No ha tenido sangrados ni traumatismos previos.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneica, sin cianosis con marcada cifoescoliosis.

TA 138/86 mmHg, IMC 27.15,

AC: Rítmica sin soplos, AP: mvc con ruidos en base hemitórax izquierdo, no sibilancias ni crepitantes. ECG normal.

Análítica: Hb 16 gr/dL, glucemia basal 101 mg/dL, ferritina 134 ng/mL, NT-proBNP 57 pg/mL, vit D 10,4 ng/mL, resto dentro de la normalidad.

Rx tórax: Marcada elevación y lobulación del diafragma izquierdo que ocupa prácticamente la mitad del hemitórax, con abundante contenido intestinal en la cavidad torácica.

TAC toraco-abdominal: Hernia diafragmática izquierda voluminosa con ascenso de contenido intraabdominal hacia hemitórax izquierdo, con presencia del ángulo esplénico colónico y la mayor parte del estómago, con atelectasia pulmonar pasiva

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

La primera sospecha diagnóstica, dada la cifoescoliosis tan marcada, es compatible con una disnea de causa restrictiva. Descartada la insuficiencia cardíaca y ante la auscultación pulmonar alterada se solicita Rx de tórax visualizando una imagen en hemitórax izquierdo patológica y que el TAC diagnostica como hernia diafragmática.

Diagnóstico diferencial

Hernia hiatal, insuficiencia cardíaca

Comentario final

Las hernias diafragmáticas son migración de estructuras abdominales hacia el tórax a través de un defecto del diafragma favorecido por el gradiente de presiones y la movilidad diafragmática. Pueden

tener origen congénito (Morgagni y Bochdalek) o adquirido (traumáticas o de hiato). La clínica y sus posibilidades terapéuticas dependerán de su localización, tiempo de evolución (agudo o crónico) tamaño y vísceras afectadas. La clínica aguda y grave se describe en recién nacidos con grandes defectos congénitos y adultos tras un accidente toraco-abdominal abierto o cerrado. En otras ocasiones los síntomas pueden ser subagudos digestivos o respiratorios. El diagnóstico incidental en adultos se produce generalmente, como en nuestro caso, por una anomalía en prueba de imagen radiológica que precisa completar estudio con TAC.

Bibliografía:

1. Bernad Vallés M, Pérez Vázquez C, Casado Huerga J. Hernia diafragmática adulto. Atención Primaria Práctica. 2020. Vol 2 (3):100051

665/12. REPETIR PRUEBAS PARA DIAGNOSTICAR.

Autores:

- M. López Serrano¹, M. Alonso Quintana¹, M. Venegas Henquer²

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:

Descripción del caso

Varón de 85 años con antecedente de HTA, DM2, ACV isquémico y obesidad. Acude a consulta por un episodio de catarro, expectoración escasa amarillenta sin hemoptisis ni autoescucha de ruidos respiratorios

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico, sin cianosis. Afebril en la exploración con TA 152/84 mmHg y Sat O₂ 97%.

AC: Rítmica con soplo. AP: Hipoventilación de base derecha y crepitantes finos en base izquierda. ECG con alteraciones inespecíficas.

Análítica previa más actual: Hb 14.1 gr/dL, Leucocitos 5.300, HbA1c 5.5% , FG(CKD-EPI) 60, LDL-Colesterol 64 mg/dL.

Rx tórax: Aumento de densidad proyectado sobre hilio derecho pudiendo corresponder con neoplasia, se recomienda TAC. Alguna atelectasia laminar más periférica en LSD.

TAC 1º: Bronquiectasias y atelectasias segmentarias en LID, de probable carácter residual/fibrocicatricial. Adyacente un área de consolidación/atelectasia de diferentes características radiológicas. Se recomienda control en 6 meses.

TAC 2º: Aumento del tamaño de la lesión localizada en LID, posible neoplasia. Se recomienda PET y/o BAG de la lesión.

ESPIROMETRÍA: FVC 2620, FEV1 2010 (97%), FEV1/FVC 76%

DIFUSIÓN: DLCO 95, KCO 135

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Ante una auscultación pulmonar alterada en el contexto de una infección respiratoria, se solicita rx de tórax que, al ser patológica con sospechosa de neoplasia, se deriva al servicio de neumología para ampliación del estudio. Tras dos TAC y BAG se diagnostica adenocarcinoma de pulmón

Diagnóstico diferencial

Fibrosis, neumonía.

Comentario final

Las atelectasias son una entidad clínica/radiológica caracterizada por colapso del espacio aéreo alveolar y disminución del volumen del área afectada que puede ser total, segmentaria o subsegmentaria, asociada a disminución de la distensibilidad pulmonar, hipoxemia y vasoconstricción pulmonar hipóxica. Pueden ser de causa luminal (cuerpo extraño, tapones mucosos, infecciones, neoplasias...) y extra lumbinales (adenopatías, malformaciones vasculares, tumores...). Tras una historia clínica detallada, el estudio más importante para su diagnóstico es la radiografía en sus dos proyecciones anteroposterior y lateral realizándose TAC ante la duda diagnóstica de la causa de la atelectasia. El tratamiento dependerá de la causa, duración y gravedad de la atelectasia., siendo lo más importante tratar adecuadamente la enfermedad de base.

Bibliografía:

1. Qanneta R. Atelectasia completa de pulmón izquierdo secundaria a impactación mucoide bronquial central con similitud a neoplasia endobronquial. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2016. Vol15. N6. 357-358

665/13. ATENCIÓN, SON BRONQUIECTASIAS.

Autores:

A. García García¹, N. Sanz Lucas², L. González Freire³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro-Urdiales. Cantabria, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Recibimos en urgencias hospitalarias a un hombre de 79 años, con clínica de tos productiva, sin fiebre/febrícula y dolor en hemitórax posterior derecho con la inspiración profunda.

Entre tus antecedentes destacaba EPOC de alto riesgo, síndrome apnea-hipoapneas del sueño, fibrilación auricular con prótesis aórtica metálica y adenocarcinoma de colon derecho intervenido sin recidiva.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Eupneico, afebril, con tensión 162/88, frecuencia cardíaca 70lpm, y saturación (sin oxigenoterapia 91%). Auscultación cardíaca y pulmonar: arritmico, murmullo conservado, abdomen: anodino, sin edemas en miembros inferiores.

Realizamos analítica sanguínea (Destacamos): ProBnp en rango, PCR<0.4, procalcitonina 0.1 y buena función renal. Hemograma con discreta leucocitos, gasometría con oxígeno 76mmHg y dióxido de carbono 46mmHg.

Virus respiratorios Covid y gripe A y B negativos. Antigeniuria neumococo y legionella negativa.

Radiografía de tórax: imágenes nodulares bases pulmonares y campos medios.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Ante la sospecha clínica de incipiente infección respiratoria en paciente EPOC alto riesgo, decidimos prescribir pauta corta antibiótica, incidiendo en la importancia del uso de sus inhaladores de acción larga y corta si disnea.

Así mismo, no dejando de lado las imágenes radiológicas sugestivas de malignidad, indagamos en su historia clínica, vimos que tenía TAC de años atrás en la que se describían bronquiectasias bibasales y en lóbulo medio mínimas.

Diagnóstico diferencial

- Metástasis pulmonares
- Cáncer pulmonar
- Tuberculosis
- Sarcoidosis
- Neumonitis por hipersensibilidad
- Vasculitis

Comentario final

Con este caso clínico, recordamos la importancia de los antecedentes médicos de nuestros pacientes, debemos leer con el mayor detenimiento posible, sobretodo ante pacientes de alto riesgo como nuestro caso.

Bibliografía:

1. M. Vendrell, J. De Gracia, C. Oliveira, M.A. Martínez, R. Girón, L. Maiz, et al. Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. Arch Bronconeumol, 44 (2008), pp. 629-640
2. C. Oliveira, J. Perez-Frías. Actualización en el manejo de las bronquiectasias. Neumosur, 21 (2009), pp. 16-25

665/15. “DE LA MONO A LA TRIPE”. CUANDO LA PREVENCIÓN ES EL OBJETIVO.

Autores:

■ S. Bustillo De La Hoz¹, E. Arroitauregi Campos², J. López Caro³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Enfermera. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coto. Castro-Urdiales. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 58 años, mecánico de profesión, diagnosticado de EPOC hace 7 años, acude a control.

No antecedentes familiares de patología pulmonar.

No alergias medicamentosas conocidas.

HTA en tratamiento con ARA II.

No suele tener tos, pero cuando la presenta suele ser matutina, poco productiva y no purulenta

Fatiga con moderados esfuerzos (“cuando llevo un rato agachado o andando tengo que parar para recuperarme”, “no puedo con la caja de herramientas”).

Niega fiebre.

Fumador de 1 p/d (15-20 a), 2 p/d (21-47 a) y 10 c/d (48-54 a). IPA: 60. Actualmente 10 cigarrillos/día.

En tratamiento habitual para la EPOC con un LAMA y realiza diariamente la inhalación de forma correcta.

No síntomas de insuficiencia cardiaca.

El año previo ingresó en dos ocasiones, una de ellas durante una semana y la otra estuvo en urgencias dos días.

Exploración y pruebas complementarias

Buen aspecto general. No rasgos atópicos.

Auscultación cardiaca normal, no extratonos ni soplos.

Auscultación pulmonar con abundantes roncus en todos los campos pulmonares y mínimos crepitantes basales. No edemas.

Eosinófilos: 450 cels/mm³. CAT 24. TAI: 53. mMRC 2.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Según la anamnesis y la espirometría (patrón obstructivo grave no reversible), se trataría de un paciente de alto riesgo y fenotipo agudizador eosinofílico. GesEPOC, indica un CI/LABA y la nueva actualización de la guía GOLD, una triple terapia, CI/LABA/LAMA.

Diagnóstico diferencial

Segun GesEPOC distinguiremos entre riesgo bajo y riesgo alto (no agudizador, agudizador no eosinofílico y agudizador eosinofílico)

Comentario final

Según recomendaciones de GesEPOC, al ser un paciente de alto riesgo, la mejor opción para evitar una nueva exacerbación sería añadir el CI/LABA al LAMA que ya tenía pautado pasando a triple terapia en un dispositivo, que es la que ha demostrado disminución de exacerbaciones moderadas-graves y de mortalidad.

En atención primaria, el objetivo principal de cualquier terapia debe ser la prevención. En este caso, para adelantarnos y prevenir las complicaciones y una mala evolución, el salto terapéutico a una triple terapia sería el indicado, justificado por la evidencia científica.

Bibliografía:

1. 2023 GOLD Report [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. 2022 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
2. GesEPOC. Guía Española de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 2021.

665/16. HALLAZGO SORPRENDENTE EN RADIO.

Autores:

■ A. García García¹, N. Sanz Lucas², L. González Freire³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoilino. Castro-Urdiales. Cantabria, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Recibimos en consultas de atención primaria a un chico de 32 años, consumidor de tabaco (paquete diario desde hace 12 años) y cannabis (10 cigarros diarios desde hace 10 años). Presentaba clínica de disnea de 6 meses de evolución asociado a dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho, sin clínica sugestiva de infección respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

- Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos sin soplos
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en hemitórax izquierdo, disminuido en derecho campo medio.

Resto de exploración física resultó anodina.

La analítica general se encontraban en rango de normalidad.

Radiografía de tórax mostraba enfisema en campo medio derecho.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Dado los resultados obtenidos en la radiografía de tórax, clínica y analítica, nos hizo pensar que nuestro paciente presentaba enfisema, decidimos receta broncodilatadores, realizar espirometría e interconsulta a neumología para continuar estudio: alfa 1 antitripsina, test de difusión, de marcha.

Finalmente nuestro paciente fue diagnosticado de EPOC con obstrucción del flujo de inicio precoz en relación a enfisema bulloso.

Diagnóstico diferencial

Antes de tener la radiografía de tórax, cabría pensar en asma, EPOC, ansiedad.

Comentario final

La asociación de consumo de cannabis, tabaco y EPOC es ya conocida. Su consumo crónico se asocia a obstrucción crónica, tos, expectoración, sibilantes y disminución de la tolerancia al ejercicio.

En este caso, una vez descartado déficit genético, parece razonable señalar en consumo de hachís como principal agente responsable del desarrollo del enfisema observado en nuestro paciente.

Bibliografía:

1. Tashkin DP, Gliederer F, Rose J, Chang P, Hui KK, Yu JL, et al. Tar, CO and delta 9THC delivery from the 1st and 2nd halves of a marijuana cigarette. *Pharmacol Biochem Behav.* 1991;40:657-61.
2. Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios AM. Neumotórax espontáneo y enfisema bulloso bilateral. *Rev Colomb Cir.* 2021;36:155-60. <https://doi.org/10.30944/20117582.122>

665/17. TOS COMO SÍNTOMA CLÍNICO DE UN MESOTELIOMA.

Autores:

J. Sedano García¹, E. Angulo Vallejo², J. Rubio Oña³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 70 años. No fumador. Extrabajador de soldadura en una fábrica de fibrocemento hace 40 años, durante un año. Consulta por tos irritativa de un mes de evolución, sin antecedentes de catarro ni clínica digestiva.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: paciente eupneico sin disnea. Murmullo vesicular pulmonar conservado. Exploración otorrinolaringológica sin alteraciones. Abdomen sin hallazgos.

Rx de tórax: Disminución del volumen pulmonar derecho con derrame pleural ligero y engrosamiento pleural ipsilateral.

TAC toracoabdominal y pélvico: Engrosamiento nodular difuso de la pleura pulmonar, mediastínica y afectación de la grasa epipericárdica. Derrame pleural y engrosamiento de ambas suprarrenales.

Líquido pleural: células de hábito mesotelial. La inmunohistoquímica (IHQ) sugiere hiperplasia nodular atípica vs. Proliferación mesotelial atípica.

PET: Mesotelioma pleural derecha concordante con la afectación observada en el TAC.

Toracocentesis: Mesas pleurales en toda la cavidad. Se realizan biopsias y Pleurodesis química.

Anatomía patológica: Mesotelioma epitelioide. IHQ: Calretinina +, WT1 +, CK5 +, CK7+, TTF -, BAP-1 (pérdida completa), CDKN2A delección homocigótica completa.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Mesotelioma pleural epitelioide.

Diagnóstico diferencial

Patología de origen mesotelial (mesotelioma pulmonar o mesotelio reactivo) o epitelial (carcinoma).

Comentario final

El mesotelioma pleural es tumor que deriva embriológicamente de la superficie mesodérmica de la cavidad celómica, posteriormente dará la pleura, el pericardio, el peritoneo y la túnica vaginales del testículo. Su prevalencia en España es 3.1/100.000 habitantes. La causa principal es la exposición laboral o ambiental al amianto. Es más prevalente en varones de 70 años y puede transcurrir mucho tiempo desde la exposición.

Clínicamente el 65 % presentan disnea, el 50% dolor torácico, 40% pérdida de peso y el 20% tos.

Los hallazgos radiológicos más frecuentes son el derrame pleural unilateral que puede asociarse a engrosamiento pleural.

No existe tratamiento curativo. El tratamiento quirúrgico, radioterápico o quimioterápico tienen malos resultados.

La supervivencia a 1, 3 y 5 años es del 38%, 16% y 8% respectivamente.

Los objetivos del tratamiento en AP son el control de la disnea y del dolor tanto nociceptivo como neuropático.

Nuestro paciente se trató con pleurodesis química, tratamiento quimioterápico y cuidados paliativos.

Bibliografía:

1. Porcel J M. Mesotelioma Pleural. MedClin. 159(2022) 240-247.
2. Rodríguez Panadero F. Diagnóstico y tratamiento del mesotelioma pleural maligno. ArchBronconeumol. 2015;51(4):177-184.

665/18. BRONQUIECTASIAS: MÁS FRECUENTES DE LO QUE PENSAMOS.

Autores:

M. Alonso Quintana¹, M. López Serrano¹, M. Ramón Gariglio²

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:

Descripción del caso

Mujer de 65 años, antecedentes de migrañas, poliposis nasal, bronquitis con hiperreactividad bronquial hace años, no fumadora. Tratamiento sintomático de las migrañas. Acude por malestar general, artro-mialgias, fiebre de 38,7° y tos con escasa expectoración desde hace tres días. Diagnosticamos bronquitis, pautamos azitromicina, prednisona y paracetamol. Consulta las siguientes semanas por tos seca nocturna con disnea y cansancio. La auscultación cardiopulmonar es normal y está afebril, solicitamos radiografía de tórax, analítica y espirometría. Tratamos con levofloxacino por infiltrado en base derecha. A los dos meses está asintomática, solicitamos radiografía de control.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneica, Tª 38,7°, ACP: rítmico sin soplos, roncus dispersos, Saturación O2 94%. Analítica: leucocitos 7,6 mil/μL, neutrófilos 56,7%, linfocitos 33,9%, eosinófilos 0,34 mil/μL, PCR 4 mg/l, -1 antitripsina 124 mg/dL. Mantoux negativo. Espirometría: FVC: 3550 (120%), FEV1: 2710 (117%), FEV1/FVC: 76,42%. Imposibilidad de recoger cultivo de esputo. Rx tórax al mes: infiltrado basal derecho, foco de consolidación en base izquierda (lóbulo medio y llingula) e hiperinsuflación pulmonar. A los dos meses: mejoría del infiltrado derecho y la consolidación izquierda, alguna pequeña imagen seudonodular, nueva consolidación adyacente. A los tres meses ligero infiltrado en la llingula.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Infiltrados migratorios y fugaces en las radiografías de control tras sospecha inicial de neumonía. Tomografía Computarizada: bronquiectasias cilíndricas en lóbulo medio, llingula y ambos lóbulos inferiores, con ocupación de su luz

Diagnóstico diferencial

Neumonía, tuberculosis pulmonar, neumopatía organizada criptogénica

Comentario final

Las bronquiectasias consisten en la dilatación y destrucción de los grandes bronquios causada por una inflamación crónica con colonización infecciosa. Las no relacionadas con la Fibrosis Quística son más frecuentes en mujeres mayores de 60 años. El síntoma más común es la tos crónica con expectoración espesa y purulenta. Sin embargo, nuestra paciente refería tos seca nocturna y cansancio tras un proceso gripal, clínica habitual en las consultas de Atención Primaria. Gracias a nuestro seguimiento clínico y radiográfico hemos llegado a diagnosticar esta afección pulmonar crónica, cuyo tratamiento precoz con fisioterapia y antibioterapia ha permitido reducir las exacerbaciones y, por tanto, preservar la función pulmonar de esta mujer.

Bibliografía:

1. Imam JS, Duarte AG. Non-CF bronchiectasis: Orphan disease no longer. *Respir Med.* 2020 May;166:105940.

665/20. ¿Y ESTE DOLOR, DOCTORA?

Autores:

■ L. González Tejedor¹, M. Pérez Martín², P. Fernández Mondéjar³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Paciente 23 años. No antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Constitución atlética. Acude por dolor con sensación opresiva en hemitórax derecho de 48-72 horas de evolución acompañado de disnea en las últimas horas. Refiere inicio espontáneo al despertar hace 72 horas, no asocia a traumatismo ni sobre esfuerzo previo. Comienza con sensación de dolor leve en región escapular derecha hasta hacerse moderado en hemitórax derecho en las últimas 24 horas, incrementa con cambios posturales, tos y la inspiración profunda. No otra clínica asociada. No mejoría con toma de analgésicos.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes sin hallazgos, salvo saturación en reposo 93-94% basal, en inspiración 97% máxima. Buen estado general. Consciente y orientado. Bien perfundido. Hemodinámicamente estable. Piel y mucosas normohidratadas y normocoloreadas. Afebril. Eupneico en reposo. No tiraje costal. Auscultación cardio-pulmonar: Rítmico, no ausculto soplos. Murmullo conservado, ruidos disminuidos en ápex hemitórax derecho. Resto sin hallazgos. Se solicita radiografía de tórax en inspiración y expiración: Disminución de entramado vascular bronquial en región de ápex de hemitórax derecho. Ecografía FAST realizada en centro de salud: Ausencia de deslizamiento pulmonar y aparición de lung point o punto pulmonar, se observan líneas B sin deslizamiento de pleura. Finalmente, se deriva a urgencias para observación y tratamiento conservador.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumotórax apical derecho espontáneo primer episodio.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax espontáneo primario. Neumotórax espontáneo secundario. Neumotórax iatrogénico. Neumonía. Pericarditis. Rotura de aneurisma aórtico. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

El neumotórax espontáneo (NE) ocurre sin precipitante externo. El NE primario se da en pacientes jóvenes fumadores sin una enfermedad pulmonar subyacente y, habitualmente, se produce por la rotura de una bulla subpleural. Las opciones terapéuticas en el NE se pueden dividir en las que previenen (pleurodesis química, toracoscopia y toracotomía) o no (observación, aspiración y tubo de drenaje) las recurrencias. La elección de tratamiento depende del tamaño, de la situación clínica, número de episodios previos o de si el NE es primario o secundario. En el caso expuesto, destacar la importancia de ecografía a pie de cama que nos confirma una vez más dicha sospecha diagnóstica, herramienta fundamental en el futuro próximo en atención primaria.

Bibliografía:

1. Murillo LJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed.

665/21. DISMENORREA Y DISNEA.

Autores:

- M. Ortega Navaridas¹, R. Montiel Argai²

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja,
- (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 34 años con antecedente de neumotórax derecho tratado hace 1 año con drenaje pleural. Presenta, desde hace 24 horas, dolor en hemitórax derecho punzante, que aumenta con la tos y con los movimientos respiratorios, y disnea al andar rápido. En tratamiento con ibuprofeno por dismenorrea desde hace tres días.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable, con frecuencia cardíaca de 105lpm, saturación periférica de oxígeno de 96% y eupneica en reposo. En auscultación pulmonar presenta hipoventilación en hemitórax derecho. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza una radiografía de tórax que muestra un neumotórax derecho sin desviación traqueal, que ocupa un 28% de volumen. En la tomografía axial computerizada torácica se observaron depósitos endometriales pleurales.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumotórax catamenial.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax espontáneo primario, linfangioleiomiomatosis.

Comentario final

El neumotórax es la presencia de aire dentro de la cavidad pleural. El neumotórax catamenial (NC) es un neumotórax espontáneo secundario, que ocurre entre las 72 horas antes y después de la menstruación. Son necesarios al menos dos episodios para su diagnóstico. Su causa no es clara, pero las hipótesis más aceptadas son: la endometriosis torácica (siembra de tejido endometrial dentro de la pleura) y la presencia de orificios en el diafragma, que transmiten desde el abdomen hasta la pleura el aire que entra a través del útero durante la apertura del cérvix en la menstruación. El tratamiento de elección es el quirúrgico, ya que permite la resección de los depósitos endometriales y la reparación de las fugas diafragmáticas, junto con los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina durante 6-12 meses tras la cirugía. No obstante, hasta el 40% de las pacientes presentan recurrencias. Nuestra paciente, recibió tratamiento quirúrgico y hormonal y no mostró recurrencias. Dado que se trata de una entidad infradiagnosticada con una elevada morbimortalidad es importante su conocimiento para evitar un diagnóstico y tratamiento tardíos.

Bibliografía:

1. Zapatero-Gaviria JJ, Peñalver-Pascual R, Rodríguez-Martín PJ, Gómez-de-Antonio D. Neumotórax. En: Álvarez-Sala-Walher JL, García-Río F, González Aragonese F, Pérez-Rodríguez E, Varela-de-Ugarte A. Manual de respiratorio y cirugía torácica. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p. 263-9.
2. Visouli AN et al. Catamenial pneumothorax. *J Thorac Dis.* 2014;6(suplemento 4):S448-60.

665/22. DORSALGIA ATÍPICA.

Autores:

A. Blanca Moral¹, M. Moreno Márquez¹, J. Moral Parras²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 68 años. Fumador de hasta 3 paquetes diarios. Consumo acumulado cercano a los 100 paquetes-año.

Acude a consulta de Atención Primaria por presentar dolor en el costado izquierdo, que lo relaciona con posible esfuerzo físico al levantar una maleta. Presenta dolor a punta de dedo en dicha región, por lo que se pauta tratamiento analgésico con AINEs. Debido a la falta de mejoría clínica, se decide ampliar el estudio con una radiografía. Alarmados por la imagen obtenida, se consulta con el servicio de Neumología, quien amplía el estudio.

Exploración y pruebas complementarias

A inspección, no se observan lesiones ni heridas aparentes. Presenta dolor a la palpación localizado en noveno arco costal. Constantes estables.

TC torácico. Hallazgos sugestivos de carcinoma broncogénico estadio IV. Además, se observa lesión lítica con masa de partes blandas en el noveno arco costal izquierdo, sugestiva de metástasis.

Se completa el estudio anatomopatológico y se decide tratamiento según el esquema carboplatino+taxol+pembrolizumab.

A los 4 meses, el paciente acude a Urgencias por aparición de disnea progresiva de una semana y febrícula. Presenta una sobreinfección bacteriana de la masa pulmonar, que desafortunadamente no logra superar.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Carcinoma de células escamosas queratinizante, estadio IVB.

Diagnóstico diferencial

A priori, un dolor de corta evolución, localizado a punta de dedo, que se reproduce a la exploración, orienta hacia patología musculoesquelética. Sin embargo, la no mejoría tras tratamiento y el factor de riesgo importante del tabaquismo, llevaron a completar el estudio.

Comentario final

El cáncer de pulmón diagnosticado en estadios avanzados tiene un pronóstico muy sombrío. Debido a que los síntomas iniciales de la enfermedad suelen ser muy inespecíficos y larvados en el tiempo, se suelen diagnosticar muy tardíamente. Es por esto que una de las mejores herramientas de las que se dispone en Atención Primaria es la prevención, promoviendo un estilo de vida saludable y exento de tabaquismo.

Por otro lado, es importante reseñar la ventaja que supone la posibilidad de seguir al paciente en un corto espacio de tiempo, para poder encuadrar las características de un síntoma y observar su evolución.

Bibliografía:

1. R. Córdoba García, F. Camaralles Guillem. *Tabaquismo*. En A. Martín Zurro. *Atención Primaria*. 8ªEd, 2019. P 702-744.

665/23. ADHERENCIA DE LOS PACIENTES EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON FÁRMACOS FINANCIADOS EN TRES ZONAS BÁSICAS DE SALUD.

Autores:

B. Angulo Fernández de Larrea¹, C. García-Rámila San José², B. De Román Martínez³, P. Bañuelos Peña², F. De Juana Izquierdo², O. Ortega López⁴

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 Ignacio López Sáiz. Burgos, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Huelgas. Burgos

Resumen:

Objetivos

Conocer la adherencia de los fumadores en deshabituación a los fármacos prescritos en tres centros de salud de una misma área geográfica.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, de los datos de dispensaciones realizadas en las farmacias de los fármacos recetados en Atención Primaria, en dos centros de salud urbanos y uno rural en la misma zona geográfica.

El centro de salud rural atendía a 8.004 pacientes y los centros urbanos a 20.140 y 16.195 respectivamente, con una población total en las áreas del estudio de 44.339.

Se investiga el período de 18 meses, del 1/01/2020 al 30/06/2021, en que coexisten los dos fármacos dispensados: Vareniclina y Bupropion.

Variables estudiadas: fármaco elegido para la deshabituación, número de pacientes tratados y número de envases recogidos en farmacias.

Este subestudio forma parte de una investigación autorizada por Comité de Ética en Investigación con medicamentos de referencia, tras la autorización de la Gerente de Atención Primaria, con cesión de datos desde el Servicio Autonómico de Farmacia.

Resultados

Se evaluaron 199 pacientes que iniciaron tratamiento con algún fármaco.

Se recogieron 391 envases. La media de envases por paciente fue de 1,96.

El 42,21 % de los pacientes utilizaron únicamente un envase, el 26,13% recogieron dos o tres envases, un 3,51% cuatro y el 1% compraron cinco o seis cajas de fármaco financiado. El 99,23 % de los envases fueron de Vareniclina.

Conclusiones

La adhesión de los pacientes a los fármacos es menor a la recomendada por las guías (tres envases para Vareniclina, dos para Bupropion) por lo que sería conveniente conocer las causas del abandono y de la no cumplimentación del tratamiento de forma correcta. La mayor parte de los pacientes tomó Vareniclina, fármaco que dejó de comercializarse en junio del 2021.

665/24. NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN MUJER JOVEN.

Autores:

M. Alonso Quintana¹, M. López Serrano¹, G. Gallego Prieto²

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:

Descripción del caso

Mujer de 17 años, natural de Ecuador, desde los 6 años en España, no fumadora. Consulta por dolor intermitente desde hace tres meses en base de hemitórax izquierdo, aumenta con la inspiración profunda y al acostarse sobre esa zona. No refiere fiebre, sudoración nocturna, tos ni expectoración.

Exploración y pruebas complementarias

ACP normal, Saturación O₂ 96%, afebril, no adenopatías, dolor a la palpación profunda en línea axilar anterior a nivel de 9^o-10^a costilla. Analítica: hemograma, bioquímica, proteína C reactiva, marcadores tumorales, quantiferon y ADN histoplasma capsulatum negativos. RX tórax: opacidad nodular en base izquierda. TC: nódulo de 17 mm en lóbulo inferior izquierdo (LII) de aspecto neoplásico con engrosamiento pleural, adenopatías patológicas. Tomografía de positrones (PET-TC): nódulo de moderada captación periférica y centro ametabólico, adenopatías hipermetabólicas (etiología inflamatoria versus malignidad). Ecobroncoscopia: árboles bronquiales normales, linfadenitis necrotizante, negativa para células malignas. Lavado broncoalveolar: negativo para células malignas, micobacterias y hongos. Biopsia del nódulo: extensa necrosis inespecífica.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Nuestra primera sospecha ante un dolor localizado e intermitente en una mujer joven fue el origen osteomuscular. La anamnesis detallada nos llevó a solicitar la radiografía de tórax que detectó el nódulo pulmonar. Derivamos a neumología para continuar el estudio que concluyó en "Nódulo necrótico pulmonar solitario en LII de etiología indeterminada".

Diagnóstico diferencial

Dolor osteomuscular, histoplasmosis, tuberculosis

Comentario final

La mayoría de los nódulos pulmonares solitarios son benignos. Los factores de riesgo de malignidad son: mayor tamaño y edad, sexo femenino, bordes espiculados y tabaquismo. En nuestra paciente la edad y la ausencia de tabaquismo nos orientan a una etiología benigna. Sin embargo, al tratarse de un nódulo único de más de 10 mm, informado en el TC como posiblemente neoplásico y sin poder descartar en el PET-TC su origen maligno, ha sido preciso realizar técnicas diagnósticas invasivas. El resultado histológico es de necrosis inespecífica con ausencia de células malignas. En base a la bibliografía, sospechamos un origen infeccioso, autoinmune o vascular. De acuerdo con la paciente, realizaremos seguimiento clínico en Atención Primaria junto con TC periódico en Neumología.

Bibliografía:

1. Cruickshank A, Stieler G, Ameer F. Evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Intern Med J.* 2019;49(3):306-315.

665/25. LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

V. Lemes Niz¹, M. Sánchez Jaén², E. Cabrera Roberto³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 82 años con antecedentes personales de aspegilosis pulmonar, asma bronquial, hipercolesterolemia y prostatismo. No intervenciones quirúrgicas. Exfumador de 10 paq/año desde hace 5 años.

Tratamiento domiciliario con Salbutamol inhalador a demanda, Montelukast 10 mg cada 24 horas, Zolpidem 5 mg antes de dormir, Elebrato Ellipta 92/55/22 mcg cada 24 horas. Tamsulosina/dutasterida 0.5/0.4 mg cada 24 horas.

Recibimos llamada telefónica del hijo del paciente. Comenta que ha sido dado de alta hace 24 horas de un ingreso hospitalario por agudización asmática con obstrucción crónica al flujo aéreo secundaria a infección respiratoria. El hijo se encuentra desesperado pues nota que su padre no mejora y continúa con trabajo respiratorio. No fiebre.

Decidimos en ese momento, acudir a valoración presencial a domicilio.

Exploración y pruebas complementarias

TA 135/79, 80 lpm, FR 28 rpm, Saturación O2 93% basal. Aparente buen estado, taquipneico en reposo, consciente y orientado en las tres esferas. Rítmico. A nivel pulmonar, hipoventilación generaliza, llama la atención la hipofonesis a nivel izquierdo. Resto de exploración normal.

Se solicita Rx de tórax programada para el día siguiente. A la llegada a nuestro consultorio revisamos la placa de ingreso del paciente y notificamos un neumotórax a nivel izquierdo.

Acudimos de nuevo a domicilio y tramitamos derivación a urgencias hospitalarias, donde se repite estudio de Rx simple, TAC torácico y analítica. Destaca en analítica Hb de 12 g/dL, Leucocitos 17270 con neutrófilos 67.4%. Resto normal.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Probable Neumotórax izquierdo, infección respiratoria. Se confirma con TAC: Extenso neumotórax izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Se establece diagnóstico diferencial con hipoventilación generalizada de probable paciente EPOC.

Comentario final

Es imprescindible la valoración de pacientes tras un alta hospitalaria si no hay una mejoría evidente. La atención domiciliaria constituye una oportunidad única de diagnóstico y valoración tras un alta.

El Médico de Familia debe revisar y analizar pruebas que se han realizado en ingresos hospitalarios. En ocasiones nos podemos encontrar con sorpresas diagnósticas que modifican nuestra conducta y tratamiento.

Se pretende como objetivo secundario exponer la imagen diagnóstica de un complicado neumotórax hasta para un ojo experto

Bibliografía:

1. Gupta D, Hansell A, Nichols T, et al. Epidemiology of pneumothorax in England. *Thorax* 2000; 55:666.

665/26. APARICIÓN DE NÓDULOS PULMONARES EVANESCENTES EN LO QUE PARECÍA SER UN NÓDULO PULMONAR SOLITARIO MALIGNO.

Autores:

- N. Sanz Lucas¹, A. García García²

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales. Cantabria,
- (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón 49 años fumador de paquete/día y antecedente de nódulo pulmonar cavitado visualizado en Rx-Tórax hace 6 meses que a pesar de captación patológica en PET-TAC, la biopsia pulmonar fue negativa para células malignas, que acude a su Centro de Salud para ver valorado por Médico de Atención Primaria por hemoptisis, disnea, debilidad generalizada y pérdida de peso.

Se deriva a Urgencias para descartar TEP (Tromboembolismo pulmonar), progresión nódulo pulmonar en hemitórax derecho, descartar infección, neumonía u otro tipo de complicación compatible clínicamente.

Exploración y pruebas complementarias

En la Urgencia:

- Rx-Tórax: Desaparición de consolidación en lóbulo superior derecho (LSD) y aparición de nuevo infiltrado/condensación en lóbulo inferior de hemitórax derecho (LID).
- Ag Virus respiratorios: negativos.
- Gasometría arterial: no hipoxemia ni insuficiencia respiratoria. pH y CO₂ normal.
- Analítica sanguínea: Mínima leucocitosis. PCR 4,5 y VSG 89. D-Dímero normal.
- Analítica orina: no proteinuria ni hematuria. No orina espumosa.

Ingresa para estudio de nódulos pulmonares cavitados migratorios realizando:

- PET-TAC: Resolución nódulo en LSD y aparición nuevo nódulo en LII con mismas características que el previo. Sin captación de vasos sistémicos.
- Cultivo esputo: negativo Ziehl-Neelsen, Legionela, otras bacterias y hongos.
- Análisis complemento y autoinmunidad: C3 y Anti-Proteinasa ligeramente elevados.
- Valoración ORL: fibroscopia normal. No sinusitis, no patología.
- Ecografía-cardíaca transesofágica: no signos endocarditis.
- Serologías atípicas: negativas.
- Biopsia pulmonar nódulo: inflamación granulomatosa. Negativa para células malignas.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Enfermedad de Wegener (WG)

Diagnóstico diferencial

- Progresión patología tumoral, por antecedente de nódulo pulmonar pendiente de completar estudio en fumador.
- TEP por hemoptisis, como complicación en fumador con nódulo pulmonar a estudio de características malignas.
- Endocarditis con suelta de émbolos pulmonares.
- Enfermedad inflamatoria, Enfermedad de Wegener por reactantes inflamatorios, nódulos/infiltrados pulmonares. Además, podría tener afectación renal y ORL.
- Enfermedad Churg-Strauss
- Sarcoidosis.
- Infección tuberculosa, por lesiones pulmonares cavitadas.

Comentario final

El diagnóstico de WG requiere la demostración de vasculitis granulomatosa necrotizante en biopsia de tejido.

Las biopsias de pulmón y riñón son las más específicas (la pulmonar se realiza en ausencia de afectación renal como nuestro paciente).

Diagnóstico complicada y a veces únicamente se consigue descartando resto de sospechas diagnósticas.

Deberá cumplir ≥ 2 de los siguientes criterios: Inflamación granulomatosa con afectación respiratoria, vasculitis necrotizante que afecta vasos de pequeño-mediano tamaño, glomerulonefritis necrotizante, hematuria, C-ANCA con especificidad antígeno proteinasa3, Rx-Tórax patológica, nódulos, infiltrados, cavidades. . .

Bibliografía:

1. Graham, K. (2014). *Vasculitic neuropathies*. (Vol. 13). *Lancet Neurol*.

665/27. ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UN DERRAME PLEURAL?

Autores:

- N. Sanz Lucas¹, A. García García²

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoño. Castro-Urdiales. Cantabria,
- (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón 73 años fumador activo paquete/día y EPOC, acude a Urgencias por disnea progresiva y sensación subjetiva de "ocupación/llenado intestinal" de 48 horas de evolución. No signos congestivos, no ortopnea. Tampoco clínica infecciosa, no fiebre, tos, expectoración ni dolor costal. Vacunación completa Covid-19 y Gripe anual.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias:

- Exploración física: Hipofonesis hemitórax derecho y roncus bilaterales.
- Gasometría arterial: Hipoxemia. pH y pCO₂ normal.
- Rx-Tórax: Ensanchamiento mediastínico, "signo de la silueta" junto con derrame pleural que ocupaba 2/3 del hemitórax derecho sin desplazar tráquea.
- PCR Virus Gripe A, B, Covid-19 y VRS negativos.
- Analítica sanguínea: mínima leucocitosis con PCR y otros parámetros sugestivos de infección aguda normales.

Durante el ingreso:

- Toracocentesis: 1,5 litros, ph 7,32, proteínas 3,7g/dL, LDH, glucosa, TG, Amilasa, ADA y ANA normales. Características de exudado.
- TAC Torácico-Abdominal: Derrame que ocupa 2/3 del hemitórax derecho sin desplazamiento traqueal. Infiltrado/lesión pulmonar en hemitórax derecho y masa mediastínica, dos lesiones pancreáticas y en ambas glándulas suprarrenales.
- Broncoscopia lesión pulmonar: positiva para células malignas compatibles con Carcinoma Microcítico de Pulmón.
- PET-TAC: Captación patológica hemitórax derecho, cerebro, páncreas (Cabeza y cola), ambas suprarrenales y mediastínico.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Carcinoma Microcítico de Pulmón estadio IV con metástasis cerebrales, suprarrenales bilaterales y pancreáticas.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente la sospecha diagnóstica fue de derrame pleural paraneumónico que generaba broncoes-pasmo en paciente con EPOC. Pero la masa mediastínica observada en la Rx-Tórax y en TAC-Abdominal

posteriormente, nos planteaba el diagnóstico diferencial entre Linfoma, Leucemia y patología tumoral pulmonar (Especialmente Carcinoma Microcítico de Pulmón).

Las metástasis en cerebro, páncreas y suprarrenales junto con el hábito tóxico del tabaco nos hacía sospechar más hacia Ca. Microcítico de Pulmón.

Comentario final

Importante realizar Rx-Tórax a todo paciente con clínica respiratoria para descartar infiltrados/nódulos, neumonías, derrames pleurales, hemotórax, neumotórax entre otras y compararlas siempre con radiografías previas. Esto ayudará a establecer un diagnóstico y un plan de actuación.

Destacar la importancia de realización de toracocentesis tanto para el alivio sintomático del paciente (Toracocentesis evacuadora) como para su análisis (Toracocentesis diagnóstica), ya que dependiendo de la bioquímica y recuento celular del derrame pleural, será trasudado o un exudado según los Criterios de Light.

Bibliografía:

1. Saavedra, C., Llanos, F., & Herrera, E. (Diciembre de 2019). *Respiratory diseases for the General Practitioner. Diagnóstico*, 58(4).

665/28. NO ES EPOC, ES SOLDADOR.

Autores:

S. Bustillo De La Hoz¹, M. Guerra Hernández¹, L. Garrido Calvo²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albaida. Albaida. Valencia

Resumen:

Descripción del caso

varón de 57 años consulta por disnea a moderados esfuerzos de un mes de evolución asociada a tos seca intermitente. Niega otra clínica asociada.

Fumador 4 cigarrillos/día desde juventud. Vida poco activa. HTA.

En historia destaca ingreso hace dos años por insuficiencia respiratoria con diagnóstico de NAC bilateral con buena evolución, sin seguimiento posterior por la pandemia.

Exploración y pruebas complementarias

SatO₂:96%, eupneico. AC:rítmica, sin soplos. AP: mvc, hipoventilación generalizada. No edemas. En rx de tórax informan imagen de atrapamiento aéreo. Ante sospecha de EPOC se inicia tratamiento con broncodilatación de forma escalada sin mejoría. La espirometría revela patrón restrictivo,

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Se realiza anamnesis dirigida, no AF de interés, es soldador y refiere usar protección en su jornada laboral.

En biopsia transbronquial, patrón morfológico de neumonía intersticial de tipo no específico variante celular con bronquiolitis constrictiva. Se orienta de EPID de probable causa neumotóxica (por metales de soldadura) y patrón radiológico de NINE celular con bronquiolitis obliterante. En TAC torácico destaca patrón en mosaico en relación con AP.

Se inicia tratamiento con prednisona según evolución. Se aconsejan medidas higiénico-dietéticas y evitar tabaquismo y exposición a tóxicos.

Diagnóstico diferencial

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo de afecciones diverso, pero con clínica, radiología, función respiratoria y sustrato anatomopatológico similar.

Como en este caso, a veces, el término EPID no se corresponde con la histopatología, porque frecuentemente se afectan tanto las estructuras alveolointersticiales como la pequeña vía aérea y los vasos pulmonares.

Los humos metálicos de soldadura suelen estar formados por partículas finas que pueden acumularse en los bronquiolos terminales o en los alvéolos y tener efectos deletéreos en el sistema respiratorio.

Comentario final

El diagnóstico de la neumonitis química por inhalación de humos metálicos es difícil, los síntomas también podrían justificarse por otras enfermedades respiratorias. Adelantaremos el diagnóstico dirigiendo la anamnesis del paciente para identificar posibles causas de la clínica, recordando que no solo debemos indagar sobre hábitos tóxicos.

Bibliografía:

1. Ferreras V, Rozman C. *Malalties intersticials difuses del pulmó. Tractat de Medicina Interna. Ferreras-Rozman Barcelona 2004.*
2. Elsevier. *Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID): manifestaciones y exploración [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/enfermedad-pulmonar-intersticial-difusa-manifestaciones-y-exploracion>*

665/29. LA IMPORTANCIA DE LA ERGOESPIROMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE TEP.

Autores:

E. Quintas Miranda¹, J. Pérez Sagredo², E. Castro Rodríguez²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada. Ponferrada. León, (2) Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León

Resumen:

Descripción del caso

A través de este caso explicamos la importancia de la derivación desde Atención Primaria (AP) al especialista hospitalario y el trabajo conjunto en el seguimiento del paciente. A pesar de no ser una prueba de primera elección, la ergoespirometría es diagnóstica ante sospecha de TEP en paciente con disnea persistente no resuelta. Mujer de 53 años con disnea de esfuerzo persistente derivada desde AP a Neumología. Antecedente de TEP bilateral, aparentemente resuelto, con trombofilia positiva y TVP fémoro- poplíteo derecha de repetición. Enfisema pulmonar y probable EPOC. Fumadora activa. Se le realizan entre otras, ergoespirometría y gammagrafía pulmonar de perfusión para descartar TEP.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación 94%. Disnea. Auscultación pulmonar: sibilancias en ambos campos pulmonares. TC tórax 2021: TEP bilateral con bullas enfisematosas en lóbulos superiores. Doppler miembros inferiores 2022: trombo en vena femoral superficial. Ecocardiograma transtorácico 2022: descarta hipertensión pulmonar. TC tórax 2022: desaparición completa de TEP descrito en TC previos. Ergoespirometría 2022: limitación moderada al ejercicio físico aeróbico por dolor de piernas y disnea persistente y parámetros de eficiencia ventilatoria alterados. Gammagrafía ventilación/ perfusión 2023: defectos de perfusión en: LSI, línula, LMD y LID compatibles con TEP bilateral

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

TEP bilateral (reembolización o TEP crónico)

Diagnóstico diferencial

Disnea en neoplasia pulmonar, disnea en EPOC, enfisema pulmonar.

Comentario final

La ergoespirometría es una prueba de esfuerzo con análisis de gases espirados, que relaciona la respuesta de los sistemas cardiovascular, respiratorio y muscular durante un ejercicio físico progresivo. Permite conocer la capacidad funcional del paciente y destaca su importancia en el estudio de una disnea inexplicable o persistente, puesto que es una gran herramienta diagnóstica para filiar la etiología de una disnea en un enfermo en el que otras pruebas diagnósticas no han sido concluyentes.

Bibliografía:

1. Goldhaber SZ. Capítulo 273: Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. En: Jameson JL, Fauci AS, et al. eds. *Harrison principios de Medicina Interna. Vol 2. 20ª ed.* USA: McGraw-Hill; 2019. p. 1910-1916. Resano MP, Chillón MJ, de Miguel J. Capítulo 4: Ergometría respiratoria y pruebas de esfuerzo en neumología. En: Álvarez-Sala JL, Viejo JL. *Técnica diagnósticas y terapéuticas en Neumología. Tomo II. 1ª ed.* Madrid. Grupo Aula Médica, SL. 2012. p. 1-57.

665/30. ¿QUÉ FUE PRIMERO, LA HIPERTENSIÓN O LA APNEA?

Autores:

M. Guerra Hernández¹, S. Bustillo De La Hoz¹, P. López Tens²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de urgencias en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 41 años que acude al centro de salud de forma urgente por cefalea holocraneal opresiva matutina, lo relaciona con su hipertensión arterial (HTA). Como antecedentes personales presenta HTA en tratamiento con olmesartan 20 mg diarios, obesidad, dislipemia mixta de reciente diagnóstico, exfumador (índice paquete-año: 2). Se realiza anamnesis dirigida al estudio de cefalea y se descartan datos de alarma, pero ante sus antecedentes se le interroga sobre el sueño y la calidad del mismo, el paciente refiere roncar de forma ocasional, sensación de sueño no reparador con despertares frecuentes y somnolencia diurna. Todo esto repercute negativamente en su calidad de vida. Trabaja como camionero, pero no le ha afectado a la conducción.

Exploración y pruebas complementarias

TA=131/93, FC=84, satO₂=98% Talla=180cm, peso=142kg, IMC=43,8. AC=rítmica sin soplos. AP=con buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos sobreañadidos. No focalidad neurológica. Se realiza cuestionario de Epworth=8 puntos (somnolencia media). ECG=rítmo sinusal a 84lpm sin otras alteraciones.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Se remite al paciente a la Unidad del sueño para estudio de forma preferente (trabajo de riesgo). Se le realiza poligrafía domiciliaria y pone de manifiesto una apnea

obstructiva del sueño severa (con un IAH-índice de apneas-hipopneas global de 31,8). Se inicia tratamiento con CPAP nocturna diaria.

Diagnóstico diferencial

Crisis hipertensiva, cefaleas secundarias

Comentario final

El SAHS se define por consenso como un cuadro clínico con elevada somnolencia diurna, asociada a alteraciones cardíacas, respiratorias...Supone un factor de riesgo para hipertensión, accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria. Un 50% de pacientes con SAHS son hipertensos. Hasta un 80% de los sujetos que presentan HTA resistente padecen la enfermedad.

Será básico que seleccionemos a aquellos pacientes que a través de una adecuada anamnesis y exploración deban ser enviados para realizar una prueba funcional del sueño. Aunque la exploración tiene una utilidad limitada para el diagnóstico del SAHS, su uso combinado con los datos de la anamnesis puede ayudar a seleccionarlos.

Bibliografía:

1. Domínguez- Ortega L y Díaz-Gallego E. Aproximación a la patología del sueño en Atención Primaria. Medicina de Familia - SEMERGEN, 2010. Vol=36.
2. Menarguez-Puche JF y Castañeda-Pérez-Crespo A. Ronquidos... ¿Tiene una apnea obstructiva del sueño? AMF. 2020.

665/31. DOCTOR, ME AHOGO CADA VEZ MÁS.

Autores:

A. Díaz-Regañón González¹, E. Romero Ibáñez², M. Mercurio³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona

Resumen:

Descripción del caso

Mujer 60 años, sin alergias conocidas, hipertensa, fumadora con criterios clínicos de bronquitis crónica refiere disnea en reposo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, disfonía y tos seca desde hace un mes. Niega fiebre, pérdida de peso. No edemas. Hace una semana acudió a urgencias hospitalarias observando aumento de densidad en lóbulo medio compatible con neumonía/masa y se dio alta médica con levofloxacino, broncodilatadores y pauta descendente de corticoides.

Exploración y pruebas complementarias

Normotensa, afebril y saturación 95% O₂, taquipeica. Auscultación cardiorespiratoria anodina. Facies abogata, plenitud torácica aumento de presión venosa yugular y vascularización colateral. No edemas en EEII. Se revisa Radiografía de tórax realizada en el hospital: ensanchamiento mediastínico, atelectasia pulmón derecho con desviación traqueal ipsilateral, aumento de densidad en lóbulo medio.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Síndrome de vena cava superior por compresión tumoral.

Diagnóstico diferencial

- Bronconeumonía.

- Linfoma.
- Sarcoidosis.

Comentario final

Se deriva urgencias hospitalarias. Tomografía axial computarizada: Gran masa parahiliar derecha, que condiciona un colapso subtotal de la vena cava superior. Broncoscopia: tumoración en bronquio pulmonar derecho. Broncoaspirado: carcinoma de células pequeñas.

Síndrome causado por la obstrucción de la vena cava superior. Las enfermedades malignas son la causa principal. La clínica se caracteriza por la disnea y la tríada clásica: edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral tóraco-braquial. Para el diagnóstico se utilizan técnicas de imagen.

La importancia de la sospecha clínica y una exploración física adecuada por el médico de familia es fundamental para llegar al diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía:

1. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Initial practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med* 2007;356:1862-9.
2. Baltazar Pech-Alonso, Pedro Arredondo-Ruiz, Luis Mario González-Galván, Cruzilet Fermín-Hernández. Síndrome de la vena cava superior: diagnóstico y tratamiento. *Med Int Méx.* 2018 mayo-junio;34(3):403-411

665/32. DISNEA LENTAMENTE PROGRESIVA.

Autores:

M. Guerra Hernández¹, A. Blanco García², D. Fernández Torre³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de urgencias en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) Médico Desempleado Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 72 años que presenta desde hace unos 2 meses debilidad en extremidades inferiores, disnea de moderados esfuerzos que ha ido en aumento y le obliga a parar, tos seca nocturna ocasional. No más síntomas asociados. Antecedentes: fibrilación auricular paroxística, prótesis aórtica, hipertensión arterial, dislipemia, no fumador. Tratamiento: acenocumarol, valsartan/hidroclorotiazida 160/25mg, atorvastatina 20mg. Jubilado, trabajó en astillero, estuvo en contacto con amianto

Exploración y pruebas complementarias

Sube a la consulta con taquipnea con frecuencia respiratoria a 18, saturación a 93% que progresivamente en consulta sube a 95%, TA=123/73, FC=62lpm, AC=rítmica con clic valvular. AP=crepitantes inspiratorios finos bibasales más en lado derecho. No acropaquias. Se solicita radiografía de tórax preferente=tórax "sucio" de perfil crónica inespecífico, de predominio bibasal, sin poder descartar patrón intersticial asociado.

Ante estos hallazgos se remite al paciente a la consulta de neumología (NML) de forma preferente. No se realiza espirometría en centro de salud por imposibilidad por pandemia (consulta NML=Espirometría basal: FVC=2.25(66%), FEV1=1.58(61%), FEV1/FVC=0,7

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Disnea en probable relación con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Se le realiza test de la marcha de los 6 minutos=El paciente inicia con saturación 94 hasta el minuto 3 que se interrumpe por desatu-

ración=77%. Se le pauta oxígeno domiciliario y se le realiza TACAR con patrón de reticulación subpleural con áreas de panalización de predominio en bases pulmonares con bronquiolectasias por tracción, en relación con fibrosis pulmonar (FPI). Se remite al paciente a hospital de referencia y se inicia tratamiento con corticoides orales y posteriormente pirfenidona. Continúa seguimiento.

Diagnóstico diferencial

con causas de disnea: anemia, tuberculosis, otras enfermedades pulmonares.

Comentario final

La FPI se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y séptima décadas de la vida. Los síntomas más frecuentes son la disnea de esfuerzo (síntoma cardinal) y la tos (seca e improductiva). La disnea es lentamente progresiva y durante un tiempo puede ser el único síntoma, por lo que los pacientes acuden al médico meses después del inicio de la enfermedad. En algunos pacientes asintomáticos, la enfermedad se sospecha ante las alteraciones observadas en la radiografía de tórax.

Bibliografía:

1. Molina J, Trigueros JA, Et al. *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 2014, Vol 40, Número 3, Páginas 134-142.

665/33. DR, ME FALTA EL AIRE.

Autores:

P. Palomo Santiago¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Tegueste. Tegueste. Santa Cruz de Tenerife

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 56 años de edad, ex-fumador de 60 cigarrillos al día desde hace 4 años y bebedor de 75g/día. Presenta desde hace 5 meses disnea de mínimos esfuerzos, astenia y edemas en los miembros inferiores.

En primer lugar pensábamos en una insuficiencia cardiaca descompensada, pautamos tratamiento. Ante la no mejoría derivamos al hospital

Exploración y pruebas complementarias

Análítica: El hemograma, la PCR, la coagulación, el proteinograma y el análisis de orina son normales. EN el resto de la analítica destaca sobre todo el péptido natriurético tipo B (BNP) está elevado (1.453pg/ml), y el enzima convertidor de la angiotensina (ECA) es de 28µg/l.

RX torax: ensanchamiento mediastínico, patrón retículo-nodular en ambas bases.

TAC: múltiples adenopatías subcarinales, hiliares y paratraqueales bilaterales en ventana aorto-pulmonar. Así como un patrón intersticial con nodulillos milimétricos peribroncovasculares y subpleurales

Biopsias transbronquial y de adenopatía subcarinal, que resultaron negativas para neoplasia, pero no fueron concluyentes para sarcoidosis

Tomografía con emisión de positrones sugerente de proceso granulomatoso

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Sarcoidosis

Diagnóstico diferencial

- Neumonía por hipersensibilidad
- Tuberculosis
- Neoplasia
- Insuficiencia cardiaca
- Otros procesos granulomatosos (AR, Wegener, metástasis,, micobacterias...)

Comentario final

La sarcoidosis es una enfermedad de distribución mundial, se estima en 50 a 160 por 100 000 habitantes que afecta sobre todo a adultos jóvenes entre 20 a 60 años. La incidencia es más alta en mujeres y en raza negra. El 10-20% de los casos es asintomática. La sarcoidosis afecta con mayor frecuencia al pulmón, pero hasta el 30 % de los pacientes presentan manifestaciones extratorácicas de sarcoidosis. Los síntomas respiratorios comunes que se presentan incluyen tos, disnea y dolor torácico; estos suelen ir acompañados de fatiga, malestar general, fiebre y pérdida de peso

Este caso señala la importancia de tener en mente a la sarcoidosis en disneas subagudas que no mejoran con tratamiento diurético. Su principal tratamiento son los corticoides.

Bibliografía:

1. 1) Arkema EV, Cozier YC. *Epidemiología de la sarcoidosis: estimaciones recientes de incidencia, prevalencia y factores de riesgo. Curr Opinión Pulm Med* 2020
2. 2) Fidler LM, Balter M, Fisher JH, et al. *Epidemiología y resultados de salud de la sarcoidosis en una población de atención médica universal: un estudio de cohorte. Eur Respir J* 2019

665/34. LOS HONGOS ME AHOGAN.

Autores:

M. Sáiz Careaga¹, R. Domínguez Rollán², B. Ricalde Muñoz³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria., (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marina. Santander. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer, 56 años con antecedentes de hipertensión, hernia de hiato y urticaria. Consulta por dolor de garganta, disfonía y mucosidad. Comenta haber limpiado con lejía una pared con moho. A los 15 días recibe 2ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 (Moderna) y al día siguiente presenta fiebre de 39 grados y expectoración verdosa. Pese a haber tomado azitromicina 500 y levofloxacino 500 acude por disnea y dolor costal derecho por lo que se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneica. Tensión: 125/81 mmHg, saturación de O₂ 95%. Auscultación pulmonar: al inicio normal y posteriormente crepitantes bibasales. Resto exploración normal. Hemograma: hamioglobina 10,6 gr/dl, linfocitos 16,6 %. Fibrinógeno 908 mg/dl. PCR 10,6 mg/dl. Frotis nasofaríngeo: Virus Influenza A y B y respiratorio sincitial negativo. Metapneumovirus positivo. Esputo: Mycoplasma, Bordetella, Chlamydomphila, legionella y hongos negativos. Panel de alérgenos y autoanticuerpos negativos. Hemocultivo y serología negativo. Rx tórax: condensación basal izquierda periférica y basal derecha inespecífica. TC: múltiples condensaciones

en todos los lóbulos pulmonares peribroncovascular y periféricos. Fibrobroncoscopia negativo. Lavado bronquioalveolar: linfocitos 25.44 %, CD4/CD8 2,48. Espirometría: FVC 122 %, FEV1 108%

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumonitis por Hipersensibilización

Diagnóstico diferencial

Neumonía bacteriana; conectivopatía; tuberculosis

Comentario final

Neumonitis se engloba en las enfermedades pulmonares intersticiales, con exposiciones prolongadas a polvo, hongos, moho y su clínica varía según la frecuencia y tiempo de exposición. Nuestra paciente comienza con clínica leve y empeoramiento gradual. es importante una historia clínica y anamnesis exhaustiva ya que en nuestro caso fue decisivo para el diagnóstico. Actualmente, tras el alta hospitalaria, sigue revisiones en Neumología. Inició pauta de prednisona 40 mg/24 horas; ha tenido varias recaídas clínicas y radiológicas como consecuencia de nuevas exposiciones. Actualmente esta con prednisona 2,5 mg/24 horas

Bibliografía:

1. Kline JN, Hunninghake GW. Neumonitis por Hipersensibilidad e infiltrados pulmonares con eosinofilia. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL et al. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 15ª ed. 2004:1716-20.

665/35. LLEGAR A TIEMPO, A VECES ES DIFÍCIL.

Autores:

M. Pérez Martín¹, L. González Tejedor², G. Alberca Serrano³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 76 años, alérgico a Penicilina y EPOC. Fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 30 años. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) por tos no productiva desde hace un mes y dolor costal derecho que no se modifica con los movimientos. No disnea ni fiebre. Refiere pérdida 4kg de peso en un mes con disminución del apetito. Tras anamnesis y exploración física se solicita Rx de Tórax y analítica y se cita al día siguiente. Ante los hallazgos patológicos se cita vía preferente en Neumología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez cutánea. Caquético.AC: Rítmico, no ausculto soplos. AP: MVC con roncus dispersos.

Analítica: En el hemograma destaca una hemoglobina de 11.6 g/dl, leucocitosis con desviación a la izquierda, coagulación sin alteraciones. Bioquímicamente destaca una PCR de 200mg/L.

Rx Tórax: masa en lóbulo medio de pulmón derecho

TAC: Lesión compatible con proceso neoplásico 2,8x2,4cm en lóbulo medio. Adenopatías hiliares bilaterales. Hepático: Múltiples lesiones que sugieren depósitos metastásicos. Neoplasia pulmonar T4N3M1c.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neoplasia de pulmón

Diagnóstico diferencial

EPOC, TEP, enfermedades intersticiales pulmonares y tos crónica.

Comentario final

El cáncer de pulmón es el segundo tumor maligno más frecuente, sin embargo, es la primera causa de muerte por tumores malignos. Nuestro paciente presenta EPOC y ésta, triplica el riesgo desarrollar neoplasia pulmonar. El principal factor de riesgo es el tabaquismo. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento que se han producido en los últimos años, la supervivencia a los 5 años sólo alcanza el 12-15%. Desde nuestra consulta de AP es importante que identifiquemos los síntomas: Tos que no desaparece o empeora, hemoptisis, dolor torácico que empeora con los movimientos respiratorios, ronquera, pérdida de apetito, pérdida de peso... La detección temprana es uno de nuestros retos como médicos de AP por lo que ante esta clínica debemos solicitar Rx Tórax y analítica completa (no existiendo marcadores específicos ni son accesibles otras pruebas de imagen desde nuestras consultas).

Bibliografía:

1. F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R.L. Siegel, L.A. Torre, A. Jemal. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin., 68 (2018), pp. 394-424.*

665/36. CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO CORTICOIDEO EN EL PACIENTE RESPIRATORIO.

Autores:

M. Sánchez Jaén¹, N. Crespo García², S. Álvarez Colinas³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 70 años, antecedentes de Fiebre tifoidea, dislipemia, HTA, EPOC alto riesgo agudizador eosinofílico, pneumoconiosis complicada, con O2 domiciliario, en tratamiento con Tratamiento habitual: Simvastatina 20mg (1-0-0), Adiro 100 (1-0-0), Candesartan 4mg (1-0-0), Esomeprazol 40mg (1-0-0), nebulizaciones y Elastina, Trixeo (formoterol /glicopironio/budesonía) (2 inh/ 12 horas), Torasemida 10mg (1.5 cp/24h).

Cuadro de 1 semana de aumento de disnea basal hasta mínimos esfuerzos; aumentamos corticoide (Urbasón 16: 1-0-1) . En últimas 24h tos productiva marróncea y aumento de ruidos respiratorios. No fiebre ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

TA 151/88. FC 109. SatO2 94%. Tª 37°C.

COC. BEG. Taquipneico y taquicárdico. Sat con O2 a 6 litros 95%. ACR: rítmico a 100 lpm. Roncus y ruidos de secreciones bilaterales. Abdomen anodino. MMII: leves edemas. Derivamos al SUH: • RX TÓRAX AL INGRESO: Neumoconiosis complicada. Pinzamiento costofrénico bilateral. Posible infiltrado LID. Analítica: Hb 13.5, leucocitos 17.700 (8% C), creatinina 0.60, Na 131, PCR 11.9. Gasometría arterial: PH 7.44, PCO2 48, PO2 70, HCO3 33. SatI2 94%. Ingresó en Neumología: Buena evolución con antibiótico y terapia inhalada, pero como complicación extrapulmonar comenzó con hiperglucemia no conocida

(406 mg/dL) en el contexto de corticoterapia sistémica. Interconsulta a Endocrinología: descenso de corticoides orales hasta dosis basal de 4 mg de metilprednisolona, iniciando insulinoterapia en planta.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LID (FINE III). HIPERGLUCEMIA NO CONOCIDA EN EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO CORTICOIDEO SISTÉMICO.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca. TEP. EPID. Diabetes mellitus.

Comentario final

La hiperglucemia inducida por glucocorticoides es un problema frecuente en la práctica clínica habitual, potencialmente perjudicial para los pacientes. En los pacientes tratados con dosis medias-altas de glucocorticoides debería realizarse el cribado de la diabetes esteroidea y establecer pautas de tratamiento con insulina, que tengan en cuenta el grado y el patrón de hiperglucemia, así como el tipo, la dosis y la pauta de glucocorticoides utilizados. Realizar controles para juste según pauta.

Bibliografía:

1. Gagliardi L, Le Jeune C. Corticothérapie et diabète [Corticosteroids and diabetes mellitus]. *Presse Med.* 2012;41(4):393-399.

665/37. VENCENDO INERCIAS EN EPOC.

Autores:

L. Fernández-Pacheco Corchado¹, Y. Martín Blázquez², A. Castillo Rodríguez³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tarancón. Tarancón. Cuenca

Resumen:

Descripción del caso

Varón 72 años con antecedentes de diabetes Mellitus y EPOC en tratamiento. Exfumador de 12 años de evolución. Tratamiento para EPOC desde hace 14 años con Accuhaler Salmeterol/Fluticasona 50/500 una inhalación cada 12 horas. Refiere aumento de su disnea y al pasarle la escala modificada de disnea (mMRC) presenta un valor de 2. Refiere una exacerbación en el último año sin ingreso hospitalario. No consta espirometría en su historia.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación Cardiopulmonar: roncus dispersos, disminución del murmullo vesicular.

Pulsioximetría: 96%.

No edemas en Miembros inferiores.

Radiografía Tórax: hiperinsuflación pulmonar moderada, aplanamiento diafragmático.

Espirometría en Atención Primaria: FEV1/CVF 65% postbroncodilatación, FEV1 61%.

Hemograma: eosinófilos 100.

Técnica inhalatoria con dos errores críticos: no realiza el vaciamiento de aire previo a la inspiración ni la apnea postinspiratoria.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Confirmado diagnóstico de EPOC, aplicando la guía GOLD 2023 se cataloga: Grupo E con menos de 300 eosinófilos. Se ajusta del tratamiento sustituyendo antagonista beta-2 de acción prolongada/ Corticoide inhalado (LABA/ICS) por antagonista beta-2 de acción prolongada/antagonista muscarínico de acción prolongada (LABA/LAMA).

Se pauta el dispositivo Ellipta Vilanterol/Umeclidinio una inhalación cada 24 horas, teniendo en cuenta las características y preferencias del paciente.

Diagnóstico diferencial

El tratamiento de elección en un paciente EPOC no exacerbador no eosinofílico debe basarse en un LAMA en monoterapia vs LAMA/LABA en función de las características intrínsecas del paciente y los recursos del medio.

En el pasado las guías de práctica clínica eran más flexibles en el uso de corticoides inhalados en el paciente EPOC por ello debe revisarse su uso evitando así la inercia terapéutica.

Comentario final

Las guías de práctica clínica sufren cambios constantes en función de las nuevas evidencias científicas para mejorar el manejo de nuestros pacientes. La escasez de tiempo en consulta unido a la inercia terapéutica puede hacer que los pacientes con EPOC tengan pautados inhaladores de manera indefinida que ya no se adecúan a los protocolos actuales.

Bibliografía:

1. M. Miravittles, M. Calle, J.J. Soler-Cataluña. *GesEPOC 2021 One More Step Towards Personalized Treatment of COPD. Arch Bronconeumol.*, 57 (2021), pp. 9-10
2. J.J. Soler-Cataluña, L. Novella, C. Soler, M.L. Nieto, et al. *Clinical Characteristics and Risk of Exacerbations Associated With Different Diagnostic Criteria of Asthma-COPD Overlap. Arch Bronconeumol.*, 56 (2020), pp. 282-290

665/38. PRIMARIA ES PRIMERO: ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE UN HOMBRO DOLOROSO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Autores:

■ P. Nogal Martín¹, T. Ewa Barnas¹, E. Crespo Martínez²

Centro de Trabajo:

■ (1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 66 años, fumador de 25 paquetes/año como único antecedente. Refiere dolor atraumático en antebrazo derecho sin respuesta a paracetamol, precisando reevaluación por irradiación hacia línea axilar anterior y pectoral, asociándose naproxeno. Acude 3 meses después refiriendo cervicalgia, persistencia de dolor y parestesias en miembro superior derecho (MSD) y pérdida objetivable de fuerza en mano. A la palpación, dolor de región subescapular y trapecio derecho, con limitación para la abducción y rotaciones de hombro. Se solicita radiografía de columna cervical y dorsal. Ante ausencia de su médico habitual, se reevalúa el caso.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación distal de clavícula derecha con impotencia funcional en MSD y parestesias mediales y en 4º-5º dedos. Radiológicamente cifosis y signos degenerativos, destacando aumento de partes blandas a

nivel cervical derecho que a la exploración corresponde con bultoma supraclavicular de reciente aparición, empastado, que condiciona ingurgitación yugular. No se evidencian miosis ni ptosis que sugieran Horner.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Rehistoriado, refiere pérdida ponderal no cuantificada sin mareo, astenia ni clínica respiratoria. Sin poder descartar síndrome de Pancoast que justificaría el cuadro, se solicita Rx tórax que apoya la sospecha de neoplasia en sulcus pulmonar derecho. Radiología solicita TC que confirma el diagnóstico de tumor de Pancoast con infiltración de musculatura regional, arterias subclavia y vertebral, tres primeras costillas y vértebras y canal medular D2/D3 (T4N2Mx).

Diagnóstico diferencial

Ante sintomatología compresiva de plexo cervicobraquial, se deriva simultáneamente a Traumatología para descartar patología herniaria (aunque no justificaría bultoma) y a Vascular para estudio etiológico del síndrome de vena cava superior y descartar improbable causa aneurismática (masa no pulsátil).

Comentario final

El síndrome de Pancoast suele producirse por un tumor no microcítico en vértice pulmonar con extensión hacia plexo braquial, cadena simpática cervical y primeros cuerpos vertebrales y costillas. Puede cursar con dolor de hombro y síndrome de Horner. Su tratamiento electivo es la quimiorradioterapia neoadyuvante. El diagnóstico diferencial precoz en Atención Primaria de patología potencialmente grave subyacente a síntomas frecuentes como la omalgia tiene una importantísima implicación pronóstica para el paciente.

Bibliografía:

1. Khosravi Shahi P. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonar superior): revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 194-196.

665/39. DISNEA EN PEDIATRÍA.

Autores:

- M. Pérez Martín¹, L. González Tejedor², G. Alberca Serrano³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Escolar de 11 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales de interés. Acude a punto de atención continuada por dificultad respiratoria de varias horas de evolución, asociado a dolor súbito centrotorácico, no irradiado, que empeora en decúbito. No refiere palpitations ni sintomatología vagal asociada. Afebril. No tos ni mucosidad. No náuseas ni vómitos. No refiere traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias

TEP estable. Contento y colaborador. Buena coloración cutáneo-mucosa. Bien nutrido, hidratado y perfundido. Disnea en reposo, sin tiraje. No lesiones cutáneas. Signos meníngeos negativos.

AC: rítmico sin soplos

AP: Murmullo vesicular conservado

Tórax: Crepitantes supraclaviculares, laterocervicales y en parte anterior de tórax. Se palpan crepitaciones supraclaviculares, laterocervicales y zona preesternal.

ABD: RHA presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Rx Tórax (ver imagen): Enfisema subcutáneo supraclavicular, laterocervical bilateral y zona preesternal asociado a neumomediastino.

ECG: ritmo sinusal a unos 80lpm, eje normal, QRS estrecho, no se observan alteraciones en la repolarización. No signos de isquemia aguda.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumomediastino anterior

Diagnóstico diferencial

Neumomediastino, pericarditis, neumotórax, síndrome coronario agudo y síndrome de Boerhave.

Comentario final

El neumomediastino es la presencia de aire en el espacio mediastínico. Se puede asociar a vómitos, traumatismos, accesos de tos, esfuerzos, hiperventilación, drogas como cocaína, extracción dental... En nuestro caso se asoció a una maniobra de inmersión.

La clínica característica es el dolor torácico agudo retroesternal que aumenta con los movimientos respiratorios. Es muy característica su asociación a enfisema subcutáneo y disnea. El signo de Hamman (auscultación de un crujido sincrónico con el latido cardíaco) es típico, así como el enfisema en yugulum.

La confirmación es radiológica. En nuestro caso la radiografía de tórax muestra enfisema subcutáneo supraclavicular, laterocervical bilateral y zona preesternal asociado a neumomediastino.

La evolución suele ser favorable, por lo que el tratamiento en la mayoría de los casos es conservador, mediante analgesia y reposo absoluto.

Bibliografía:

- 1) González Martínez MT, Fernández Quintas M, Selas Domínguez I, Mosquera Villaverde C, Toribio Sánchez C. *Bol Pediatría Sccalp*. 2001; 41: 163-167
- 2) Ferrer F, García Algas F. *Dolor torácico Protocolos diagnóstico – terapéutico de Urgencias Pediátricas*. SEUP-AEP. 84-90

665/40. MI ASMA ME IMPIDE SER BUENA PROFESORA.

Autores:

■ Y. Martín Blázquez¹, L. Fernández-Pacheco Corchado²

Centro de Trabajo:

■ (1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 22 años de edad con diagnóstico de asma persistente moderada en tratamiento con formeterol/budesonida 160mcg/4,5mcg a dosis de 2puff cada horas más rescate a demanda si precisa.

Ha dejado de acudir a citas de revisión en la Unidad de Asma del Centro de Especialidades desde 2020 coincidiendo con el inicio de pandemia por virus SARS-CoV-2.

Acude a consulta por disnea a moderados esfuerzos (ha comenzado prácticas en un colegio como profesora y su disnea le impide desempeñar las mismas adecuadamente).

No fumadora. No antecedentes de atopia ni alergias.

Revisamos técnica inhalatoria, es correcta sin errores críticos

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: saturación oxígeno:98%, frecuencia respiratoria 20.

Auscultación cardio-pulmonar: ruidos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular conservado, sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares.

Hemograma: 111 eosinófilos.

Espirometría realizada en Atención Primaria: FEV1/FVC: 56% prebrondilatación y FEV1/FVC postbroncodilatación 81%, FEV1 63 %.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Se trata de una paciente joven pero con asma persistente de larga data, catalogada inicialmente como asma persistente moderada pero que en el momento actual ha escalado a un asma persistente grave.

Ante lo cual reajustamos tratamiento subiendo a una triple terapia inhalada con incadaterol/bromuro de glicopirronio/furoato de mometasona en dispositivo breezhaler.

así mismo realizamos derivación preferente a Neumología.

Diagnóstico diferencial

Descartar factores externos que puedan agravar el asma intrínseca del paciente:

- tabaquismo
- mascotas
- exposición a aerosoles en ámbito laboral
- aparición de patología dermatológica concomitante

Comentario final

Es importante en el asma, como en todas las enfermedad crónica, llevar a cabo el ciclo de reevaluar-ajustar-revisar el tratamiento de nuestro paciente para adecuarlo a su situación.

En los pacientes con asma grave persistente añadir un antimuscarínico de larga duración puede favorecer alcanzar un grado de control óptimo de la enfermedad gracias a la disminución de síntomas y exacerbaciones y mejorando la calidad del paciente sin aumentar los posibles efectos adversos. Los estudios han demostrado que es preferible que las terapias inhaladas sean en dispositivo único, sean de dos o tres principios activos.

Bibliografía:

1. *Fixed-dose combination of indacaterol/glycopyrronium/mometasone furoate once-daily versus salmeterol/fluticasone twice-daily plus tiotropium once-daily in patients with uncontrolled asthma: A randomised, Phase IIIb, non-inferiority study (ARGON).*
2. *Gessner C, Kornmann O, Maspero J, van Zyl-Smit R, Krüll M. Respir Med. 2020 Aug-Sep;170:106021. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106021.*

665/41. ADHERENCIA Y SIMPLIFICACIÓN. LAS CLAVES DE LA TERAPIA INHALADA.

Autores:

V. Lemes Niz¹, J. Álvarez Blanco², Y. González Pascual²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carballeda. Mombuey. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 80 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, deterioro cognitivo leve (perfil enfermedad de Alzheimer) y EPOC leve con hiperreactividad bronquial.

En tratamiento con: Rosuvastatina, Memantina, Enalapril 2,5 mg cada 12 horas, Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos cada 12 horas, Gregal 10 microgramos una inhalación cada 24 horas y Atrovent 20 microgramos, de rescate.

Acude a nuestra consulta porque desde hace tres días presenta cuadro de tos, expectoración blanquecina y leve sensación disneica. No refiere fiebre, no ortopnea.

Exploración y pruebas complementarias

TA 165/79, 80 lpm, FR 20 rpm, Saturación O2 94% basal. Rítmico. A nivel pulmonar, hipoventilación generaliza, con sibilancias espiratorias a nivel del hemitórax derecho. Resto normal.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Agudización de EPOC. Bronquitis aguda

Diagnóstico diferencial

Procesos de descompensación cardiaca o procesos infecciosos de carácter respiratorio.

Comentario final

Tras el proceso agudo decidimos un cambio total de la terapéutica crónica para tratar de mejorar la adherencia. Comprobamos que nuestro paciente no está realizando de manera adecuada las inhalaciones. Ha caído en una falta de adherencia de tipo "involuntaria o inconsciente" pues no conoce los detalles del tratamiento. Vemos como tiene un dispositivo de polvo seco con betaagonista de larga acción (LABA) y corticoide inhalado (CI), otro dispositivo (Gregal) que contiene un antimuscarínico de larga acción (LAMA) y, además, un antimuscarínico de corta acción (SAMA) de rescate.

No existe una correcta técnica inhalatoria.

Para llevar a cabo el cambio de tratamiento tuvimos en cuenta la capacidad inhalatoria reducida de nuestro paciente. Decidimos el cambio a una triple terapia con Formoterol/glicopirronio/budesónida 5 mcg/7,2 mcg/160 mcg (Trixeo) dos inhalaciones cada 12 horas.

Con el presente caso, se pretende llamar la atención sobre unos de los principales problemas en la terapéutica inhalada, la baja adherencia de los paciente. Es muy importante, que todo médico de familia conozca las cualidades de los dispositivos inhalados y elija el adecuado para cada paciente.

En este caso complementamos el inhalador con una cámara espaciadora. La terapéutica de polvo seco suele ser poco efectiva en pacientes añosos y el binomio cámara espaciadora y cartucho presurizado debe ser la primera opción.

Bibliografía:

1. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023.*

665/42. ME DUELE EL COSTADO DESDE HACE UNOS DIAS.

Autores:

M. Pinel Monge¹, J. Guinea Castañares², J. Iturralde Iriso³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria. Álava, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Habana - Cuba. Vitoria. Álava, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Habana - Cuba. Vitoria. Álava

Resumen:

Descripción del caso

varón de 70 años con los antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con fluvastatina y tromboembolia venosa profunda (TVP) en extremidad inferior derecha en 2015, acudió a consulta de su médico de atención primaria por dolor costal derecho de 5 días de evolución con disnea de pequeños esfuerzos. No refirió fiebre, ni tos, ni dolor torácico ni otra sintomatología en anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación 90%, auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, extremidad inferior derecha con aumento de perímetro en toda su totalidad con respecto a la contralateral con dolor a la palpación gemelar y pulsos pedios conservados, resto anodino. Se realizó ecografía en consulta evidenciando trombo en vena femoral derecha.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar (TEP) secundario a tromboembolia venosa profunda de extremidad inferior derecha.

Diagnóstico diferencial

insuficiencia cardíaca, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva

Comentario final

Se decidió derivar al servicio de urgencias para valoración, donde le solicitaron una analítica que resultó tener un dímero D de 8.565ng/mL por lo que le pidieron un angio TAC (tomografía axial computerizada) pulmonar objetivándose un TEP central bilateral, se decidió ingreso y anticoagulación, estando el paciente hemodinámicamente estable. Durante el ingreso se confirmó TVP. La TVP es una enfermedad con una incidencia de 1-2 casos/1000 personas siendo un tercio de TVP sintomática las que cursan con TEP. Gracias a la ecografía en la consulta de atención primaria, se pudo sospechar TEP al haber diagnosticado de TVP femoral derecha y a la clínica del paciente, y es de vital importancia un correcto conocimiento de esta enfermedad para no perder tiempo en el diagnóstico y tratamiento del TEP, ya que es un factor muy importante en el pronóstico. El uso de escalas de probabilidad clínica como la de Wells y Ginebra sirven para homogeneizar el enfoque diagnóstico que acaban clasificando de manera errónea al 45% de pacientes

Bibliografía:

1. Klok F, Kruisman E, Spaan J, Nijkeuter M, Righini M, Aujesky D et al. Comparison of the revised Geneva score with the Wells rule for assessing clinical probability of pulmonary embolism. *J Thromb Haemost.* 2008;6: 40-44.
2. García-Sanz MT, Pena-Alvarez C, et al. Tromboembolismo pulmonar: necesitamos sospecha clínica. *Anales Sis San Navarra.* 2012;35(1).

665/43. DISNEA: TENER EN CUENTA LOS ANTECEDENTES.

Autores:

M. Pinel Monge¹, J. Guinea Castañares², J. Iturralde Iriso³

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Iakubizkarra. Vitoria-gasteiz, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud habana-cuba. Vitoria-gasteiz, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud habana-cuba. Vitoria-gasteiz

Resumen:

Descripción del caso

mujer de 70 años con los antecedentes de adenocarcinoma de endometrio de células claras en estadio II de la clasificación de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), intervenida mediante una histerectomía total abdominal con doble anexectomía, omentectomía supracólica y linfadenectomía pélvica y paraaórtica y con radioterapia externa finalizada hace 2 años, y osteoporosis, sin tratamiento habitual, acudió a su consulta de atención primaria refiriendo tos con expectoración blanco-verdosa de 2 semanas de evolución. Refirió los días previos febrícula, sin referir disnea ni dolor torácico. La paciente no refirió otra sintomatología en anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

auscultación pulmonar con roncus aislado bilateral con murmullo vesicular conservado. Auscultación cardíaca rítmica a 106 latidos por minuto sin soplos. Orofaringe hiperémica. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 71 latidos por minuto.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

metástasis pulmonar en adenocarcinoma de endometrio.

Diagnóstico diferencial

cáncer de pulmón, metástasis de otros tumores, tuberculoma, granuloma, quiste hidatídico, quistes bronquiales.

Comentario final

debido a la clínica y a la exportación física, se decidió pautar azitromicina, paracetamol, vahos y lavados nasales con analítica. A los 8 días acudió a consulta de nuevo con persistencia de la clínica, por lo que se realizó una radiografía de tórax, donde se objetivaron nódulos y masas pulmonares nodulares de nueva aparición con respecto a radiografías previas entre los 2 y 5 centímetros en campo pulmonar medio derecho y en todos los campos izquierdos de predominio perihiliar, siendo sugestivas de metástasis pulmonares. La aparición de metástasis a distancia o recidivas locales del adenocarcinoma de endometrio ocurren en el 75-90% de los casos en los 2 primeros años tras finalizar el tratamiento. Los que ocurren a distancia suelen ser en el abdomen, ganglios paraaórticos, pulmón, hígado y huesos, pudiendo ser tanto únicas como múltiples. La clínica puede ser desde una tos hasta una hemoptisis, o incluso ser asintomáticas y diagnosticarlas en controles.

Bibliografía:

1. De la Rosa JH, López-Valverde M, et al. Metástasis pulmonares de un adenocarcinoma de endometrio. Tratamiento hormonal. *Prog en Obstet y Ginecol.* 2005;5(48):258-62.
2. Clavero JM. Nódulos pulmonares. *RMCLC.* 2015;3(26):302-12.

665/44. CONOZCO UN PLANETA DONDE VIVE UN SEÑOR QUE NUNCA HA OLIDO LAS FLORES.

Autores:

■ P. Herrería Palacios¹, S. Cué Herrería², F. Ruíz Sainz²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria,

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 67 años, asmático, sin antecedentes de intolerancia a antiinflamatorios, que acude a la consulta de Atención Primaria por dificultad respiratoria nasal de varios meses de evolución que relaciona con un episodio catarral. Se asocia a anosmia de más de 40 años de duración, sin rinorrea ni algias faciales.

Exploración y pruebas complementarias

Rinoscopia anterior: formación polipoidea muy vascularizada que ocupa toda la fosa nasal derecha. Analítica: hemograma (trombopenia discreta) y bioquímica sin hallazgos patológicos. Ante el probable diagnóstico de poliposis nasal, es derivado a Otorrinolaringología donde se solicitan nasofibroscopia y TC facial y a Alergología para realización de espirometría, FENO y test de tolerancia a antiinflamatorios.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Asma y poliposis nasal

Diagnóstico diferencial

Neoplasias malignas, rinitis vasomotora, rinitis alérgica, sinusitis crónica, desviación septal, encefaloceles, hipertrofia de cornete, quiste nasoalveolar y nasofibroma.

Comentario final

Tiene una prevalencia del 7% entre los adultos con asma. La clave del diagnóstico es la sospecha clínica ante todo paciente que acude a la consulta de Atención Primaria con antecedentes personales de asma; asociado o no a clínica de dificultad respiratoria de origen nasal. En estos casos, está indicada la realización de una rinoscopia anterior. Una vez confirmada la presencia de pólipos nasales se debe iniciar tratamiento y valorar la necesidad de derivación a Otorrinolaringología y Alergología para completar el estudio con pruebas complementarias como la nasofibroscopia, TC, espirometría, FENO y test de intolerancia a antiinflamatorios. La prueba Goldstandard para el diagnóstico de pólipos es el TC de senos paranasales.

El pilar del tratamiento inicial se debe hacer desde la consulta de atención primaria, y se basa en el uso de corticoides tópicos/intranasales u orales y evitar el consumo de AINES. En algunos casos, está indicada la terapia de desensibilización a aspirina. Se debe añadir el tratamiento específico del asma y, en casos seleccionados, el tratamiento quirúrgico de los pólipos (Goldstandard la cirugía endoscópica). Otros tratamientos: biológicos, antileucotrienos...

Bibliografía:

1. Arias Arcos M. EREA: La enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina. *Rev Patol Respir [Internet]*. 2019;22(2):59-65. Disponible en: https://www.revistadepatologiarrespiratoria.org/descargas/PR_22-2_59-65.pdf
2. Documento de Consenso sobre Poliposis nasal SEAIC-SEORL PROYECTO POLINA. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011;21 suppl 1: 1-58. *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007. Rhinology* 2008;suppl 20:1-111.

665/45. NEUMONÍA EN EL PACIENTE MAYOR, LO TÍPICO ES LO ATÍPICO.

Autores:

■ V. Lemes Niz¹, L. González Tejedor², V. Vega Mateos³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Concha. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 91 años, con antecedentes de EPOC, en tratamiento con Spiriva Respimat dos inhalaciones en la mañana, Seretide inhalador dos cada 12 horas y oxigenoterapia domiciliaria. Independiente actividades básicas e instrumentales. Acudimos a valorar a domicilio tras aviso de familiar por decaimiento. A nuestra llegada, paciente en cama, no tos en días previos, no fiebre. Referida desaturación por parte del familiar.

Exploración y pruebas complementarias

100 mm(hg), Diastólica: 62 mm(hg), 61 latidos por minuto, SpO₂: 85 %, T^a: 36,8 °C

Tembloroso. Sequedad de piel y mucosas, tinte cetrino y múltiples hematomas en tronco y extremidades. Rítmico. Hipoventilación en ambos hemitorax con crepitantes y roncus dispersos hasta campos medios. EEl: no edemas ni signos de TVP.

Radiografía tórax: : infiltrado intersticial bilateral de predominio central en alas de mariposa con probable condensación en lóbulo superior derecho.

Análítica: Hb 8.2, plaquetas 7.000, Leucos 660, Neutrófilos 300, Linfocitos 100.

TP 69%, INR 1.32. pH 7.41, pCO₂ 36, pO₂ 70, HCO₃ 22.8, lactato 1.1, glucosa 127, cr 1.58, PCT 2.86, proBNP 1869, PCR 207, FG 38ml.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Sepsis de origen respiratorio.

Pancitopenia probablemente secundaria a síndrome mielosplásico.

Insuficiencia cardiaca descompensada.

Insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Diagnóstico diferencial

Se establece diagnóstico diferencial con dos cuadros que finalmente sí coexisten en el paciente.

Comentario final

El presente caso precisó de derivación a Urgencias Hospitalarias para completar analítica.

Se pretende llamar la atención sobre lo anodino que pueden ser los procesos graves y letales en el paciente mayor e inmunodeprimido.

Se trata de un paciente con una pancitopenia de las tres principales líneas celulares. Con una descompensación cardiaca importante y con neumonía. Durante la anamnesis inicial se comprobó que el paciente en días previos no tuvo tos, no fiebre. No manifestaciones de gravedad.

Es responsabilidad del médico de familia sospechar cuadros graves en el anciano pues en este grupo, las presentaciones clínicas típicas son una verdadera excepción.

La radiología simple tiene que ser una herramienta dominada por todo médico de familia. Este caso simboliza la imagen radiológica típica, a pesar de la poca clínica del paciente.

Bibliografía:

1. Ramirez JA, Wiemken TL, Peyrani P, et al. Adults Hospitalized With Pneumonia in the United States: Incidence, Epidemiology, and Mortality. *Clin Infect Dis* 2017; 65:1806.

665/46. DOCTOR, LE EXPLICO: “VENIMOS PORQUE LE DUELE LA CADERA”.

Autores:

■ P. Herrería Palacios¹, S. Cué Herrera², F. Ruíz Sainz³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Paciente Varón de 79 años que consulta por coxalgia derecha de dos meses de duración que no cede con la medicación analgésica. Desde entonces vida cama sillón. No cuenta antecedente traumático.

Exploración y pruebas complementarias

En la EF llama la atención la disfonía y la pérdida de peso. Resto de exploración anodina. Analítica: leucocitosis con neutrofilia y anemia normocítica normocrómica. Hipercalcemia. Radiografía de tórax: masa pulmonar en el LSI. Derivación e ingreso en Medicina Interna para estudio que se completa con TC toracoabdominopélvico con contraste y BAG con confirmación histológica.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Carcinoma pleomórfico de pulmón estadio IV con metástasis óseas múltiples.

Diagnóstico diferencial

Laringitis aguda, laringitis crónica, nódulos laríngeos, pólipo laríngeo, papilomatosis laríngea, parálisis de las cuerdas vocales, síndrome paraneoplásico del cáncer de pulmón, proceso infeccioso de vías respiratorias.

Comentario final

El cáncer de pulmón es el cáncer más frecuente a nivel mundial y es responsable de la mayoría de causas de muerte a nivel mundial, de acuerdo con los resultados de la OMS. La aproximación al diagnóstico del cáncer de pulmón debe realizarse desde la consulta de AP ante todo paciente con o sin antecedentes de hábito tabáquico que consulte por clínica compatible con tos incoercible, hemoptisis, dolor pleurítico (aumenta con la inspiración), ronquera/disfonía, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, astenia, infecciones recurrentes como bronquitis y neumonía. Son signos de enfermedad diseminada los dolores óseos, síntomas de focalidad neurológica o cefalea, ictericia, adenopatías palpables. A veces, puede asociarse a Síndromes paraneoplásicos como Síndrome de Horner, Síndrome de Eaton Lambert, Síndrome de la vena cava superior, SIADH etc. Desde la consulta de primaria se puede confirmar el diagnóstico con la realización de una radiografía de tórax y valorar en este momento la derivación a Neumología para completar el estudio con la realización de un TC, y una toma de muestras histológicas por biopsia. A veces, puede ser necesario la realización de un PET – TC para la realización de un estudio de extensión.

Bibliografía:

1. A. Boyer, P. Tomasini, C. Fournier, L. Greiller, F. Barlesi y Mascaux C. *Cáncer de pulmón primario. Tratado de medicina, Volumen 23, Número 3, Páginas 1-9, 2019.*

665/47. DIAGNÓSTICO DE BRONQUIECTASIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

T. Ewa Barnas¹, E. Crespo Martínez², P. Nogal Martín¹

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 32 años, no fumador, que acude al centro de salud por hemoptisis ocasional de escasa cuantía en los últimos meses (menos de 30 ml/día).

No presenta síndrome constitucional. Refiere presentar tos con flemas verdosas de forma intermitente en los últimos años, precisando antibioterapia en varias ocasiones.

Disnea grado 0-1 en la escala de disnea MRC. No presenta antecedente de enfermedad sistémica o renal, accidente, traumatismo o atragantamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico, auscultación cardiaca rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, saturación de oxígeno 99%. En el centro de salud se realiza analítica completa con coagulación, ECG y radiografía de tórax, que son normales. Se recoge muestra del esputo para cultivo y se solicita espirometría. Se solicita TAC de tórax, donde se objetiva bronquiectasias. Posteriormente se remite a neumología para completar estudio.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

bronquiectasias

Diagnóstico diferencial

tuberculosis, neoplasia, bronquitis crónica, neumonía, fibrosis quística

Comentario final

Actualmente se está llevando a cabo un pilotaje en Madrid que permitirá aumentar el catálogo de pruebas diagnósticas de imagen en Atención Primaria. La inclusión del TAC torácico para las indicaciones aprobadas (paciente sin síndrome constitucional con hemoptisis y radiografía de tórax normal) permitirá llegar a un pronto diagnóstico y, por tanto, a un tratamiento adecuado con mejor control de la antibioterapia. En este punto las bronquiectasias pasarán a ser una entidad de diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria.

Bibliografía:

1. López-Alba A, Tejedor-Ortiz MT. Bronquiectasias. En: E. M. Aparicio, Minguijón, J.M. Caso Laviana, et al, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 9a ed. Madrid. MSD Editorial; 2022. p. 389-397.

665/48. INCIDENTALOMA....PEOR IMPOSIBLE.

Autores:

F. Fagúndez Santiago¹, C. Genao Sánchez²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 62 años en seguimiento por Medicina Interna por osteoporosis, con dos cirugías de columna en sanidad privada, que acude por dolor en abdomen y sensación nauseosa, de meses de evolución.

Revisada su historia clínica se comprueba que ya en RX de abdomen previas presenta gran imagen con calcificación de sus paredes, se deriva a Medicina Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, sin defensa, se palpa masa dolorosa, solida que incluye epigastrio e hipocondrio izquierdo.

En consulta de Medicina Interna se solicitan pruebas analíticas y serológicas normales y pruebas de imagen: masa en HI voluminosa y quística con pared calcificada de unos 154 x 103 mm

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Incidentaloma a estudio

Diagnóstico diferencial

Quiste abdominal gigante a descartar tumor maligno, origen infeccioso

Comentario final

En su evolución presenta insuficiencia respiratoria por derrame pleural, secundario a fallo cardiaco, con derrame pericárdico, fibrilación auricular paroxística, sangrado con hematoma retroperitoneal secundario a anticoagulación que necesita embolización arterial, sepsis por clostridium difficile, insuficiencia cardiaca por derrame pericárdico, absceso de pared con nueva sepsis y todo ello desencadenado por la cirugía de quiste abdominal gigante que en la AP se diagnostica como pseudoquiste adrenal sin datos de malignidad, con calcificación.

Bibliografía:

1. William F. Young, Electron Kebebew et al. Evaluation and management of the adrenal incidentaloma. UptoDate. Updated November 2019. Visited 02 December 2020.
2. Araujo-Castro, M., Iturregui Guevara, M., Calatayud Gutiérrez, M., Parra, Ramírez, P., Gracia Gimeno, P., Hanzu, F. A., & Lamas Oliveira, C. (2020). Guía práctica sobre la evaluación inicial, seguimiento y tratamiento de los incidentalomas adrenales. Grupo de patología adrenal de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Endocrinología Diabetes y Nutrición.

665/49. DOCTORA, NO PUEDO CON LA VIDA.

Autores:

S. Cué Herrería¹, P. Herrería Palacios², F. Ruíz Sainz³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 87 años que acude a urgencias por astenia marcada y malestar general de 10 días de evolución. Asocia dolor torácico opresivo en decúbito que mejora en sedestación, disnea y ortopnea. Refiere dos episodios de epistaxis profusa. Niega dolor abdominal. Depositiones normales.

AP: Ex-Fumador 60-80 cig/día. Bebedor. HTA, DM2, Hiperuricemia, ERC G3.

Tratamiento: Adiro 100mg, Cilostazol 100mg, Irbesartán 300 mg, Repaglinida 2mg, Trulicity, Zyloric 100mg. Foster 100/6mcg.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Palidez cutánea. Taquipneico. AC: rítmica, soplo sistólico mitral. AP: crepitantes en base izquierda. Abdomen normal. EEl sin edemas.

Análítica: Glucosa 445 Troponina 21, NT-proBNP 1161, Hemoglobina 6,7, VCM 106. Vit B12 y ac. Fólico normales.

Gastroscopia y colonoscopia: Gastritis, Anillo esofágico inferior Schatzki. Pólipos adenomatosos.

Se amplía rx tórax ante PPCC anodinas: masa pulmonar apical derecha.

TC : neoformación pulmonar en vértice pulmonar derecho con adenopatías hiliares ipsilaterales IIIa.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Descompensación ICC y ángor hemodinámico secundario a anemia. Anemia ferropénica severa multifactorial, Neoformación pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo, Neoplasias, Depresión.

Comentario final

La anemia es un motivo de consulta muy frecuente en AP. En muchos casos la causa no es evidente y pueden contribuir múltiples patologías. Uno de los focos principales es el sangrado agudo (hemorragia o trauma digestivo). Otras causas: patologías malabsortivas de nutrientes necesarios para la producción de glóbulos rojo, farmacológicas, síndromes inflamatorios crónicos y alcoholismo.

La prevalencia aumenta en mayores de 60 años siendo más frecuente en este grupo las causas malabsortivas, ERC y trastornos clonales.

Los síntomas más frecuentes son astenia y disnea. Diagnosticaremos anemia con valores Hb < 11,9 g/dl en mujeres y <13,6 en varones. En función de VCM la clasificaremos en microcítica, normocítica y macrocítica con diferentes tratamientos y diagnósticos. Es una patología potencialmente grave ya que puede desencadenar cuadros como ángor hemodinámico o hipovolemia que desencadena una inestabilidad hemodinámica y tratamiento transfusional urgente. Por tanto debemos realizar un examen exhaustivo y adecuado manejo para evitar posibles complicaciones futuras.

Bibliografía:

1. Robert T. Medios, Jr., MD, MACP, Robert A. Brodsky, MD, Joann G. Elmore, MD, MPH Abordaje diagnóstico de la anemia en adultos. UptoDate. febrero de 2023.
2. Xosé Luís Muiño López-Álvarez; Lizbeth Dalila Herrera Díaz. Estudio de una anemia Guia Fisterra. Fisterra. November 29, 2022

665/50. UN DOLOR MECÁNICO ATÍPICO.

Autores:

F. Ruíz Sainz¹, S. Cué Herrería¹, P. Herrería Palacios²

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria,
- (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 47 años que acude a SUAP por dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho tras sobreesfuerzo levantando un peso. Asocia tos y "grillera". Además refiere vómitos desde el comienzo del cuadro con síncope de perfil vasovagal hace 4 días. No fiebre termometrada pero sí sensación distérmica. No otra clínica infecciosa asociada. No clínica de insuficiencia cardiaca. Acudió inicialmente a Urgencias hospitalarias el 16/03/2023 por dolor, siendo dada de alta como dolor torácico de perfil mecánico. Su hija ha presentado clínica catarral los días previos. La paciente está en tratamiento con adalimumab por espondilitis anquilosante. Niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. Hemodinámicamente estable. Saturación de 98% basal. Regular estado general. Ligera palidez mucocutánea. Eupneica en reposo, sin signos de trabajo respiratorio.

Auscultación Cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación Pulmonar: hipofonesis en base derecha, resto normal. No edemas ni signos de TVP.

Dada la hipofonesis en base derecha y el dolor de tipo pleurítico se remite de nuevo a Urgencias hospitalarias, donde repiten radiografía de tórax donde se objetiva coindensación en base pulmonar derecha y realizan analítica. En la analítica se objetiva leucocitosis (11.600), Proteína C reactiva >30.4, Procalcitonina suero 1.32 y filtrado glomerular 29 con creatinina de 1,99. Además antígeno de Streptococcus pneumoniae Positivo.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumonía neumocócica adquirida en la comunidad

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural, tromboembolismo pulmonar, neumonía vírica, bronquitis aguda.

Comentario final

La importancia de este caso en Atención Primaria me parece la accesibilidad y la posibilidad de realizar un seguimiento, y ante una mala evolución valorar realizar un cambio, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que tiene una incidencia que oscila entre 2,6 y 8,8 casos por 1.000 habitantes/año. Para su diagnóstico se requiere una lesión radiológica aguda, acompañada de un cuadro clínico compatible (fiebre, escalofríos, aparición de tos o empeoramiento de tos crónica con aumento o cambios en el color del esputo, dolor pleurítico, disnea). Se trata de una enfermedad con gran morbilidad, requiriendo ingreso hasta en el 40% de los pacientes, y mortalidad, que oscila entre el 5,7-14%.

Bibliografía:

1. Lamelo Alfonsin F. Guía clínica de Neumonía adquirida en la comunidad. Fisterra.

665/51. EL TIEMPO ES ORO, EL FONENDO TAMBIÉN LO ES.

Autores:

- R. Arlegui Tricio¹, A. Villar Naredo², L. Avert Deweirder³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria,
- (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Langreo. Asturias,
- (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 54 años; acude por malestar general y fiebre de 5 días de evolución a pesar de autotratamiento con azitromicina. Niega síntomas catarrales, disnea y dolor torácico. Dos vómitos de contenido alimenticio, sin productos patológicos. Autotest SARS-CoV-2 y gripe A/B negativos. Sin otra clínica asociada. Antecedentes personales: insuficiencia venosa crónica. Exfumadora (IPA: 30).

Exploración y pruebas complementarias

Tª: 37,5 Cº TAS: 113 mmHg TAD: 79 mmHg FC: 98 lpm FR: 17 rpm SO2: 96 %. Aceptable estado general. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. AC: rítmica, sin soplos. AP: hipoventilación marcada en campo medio derecho, con algún crepitante a dicho nivel. Abdomen: anodino. Extremidades: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). Bioquímica: PCR 15,7 mg/dl. Hematimetría: rigurosamente normal. Antígenos en orina para Streptococcus pneumoniae y Legionella pneumophila en orina negativos. ECG: normal. Rx tórax: Condensación alveolar en el LID compatible con condensación neumónica.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumonía lóbulo inferior derecho. CURB 65: 0 puntos; PSI: 44 puntos, clase I.

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC); tromboembolismo pulmonar (TEP); carcinoma pulmonar.

Comentario final

Ante un paciente con síntomas inespecíficos es importante realizar una exploración física minuciosa. Las guías de la Infectious Diseases Society (IDSA) y la American Thoracic Society (ATS) no recomiendan radiografía de tórax de control en NAC con evolución clínica favorable (5-7 días). Su rendimiento varía entre el 0,2-5,0%, siendo superior en pacientes con criterios para cribado de cáncer de pulmón, como tabaquismo actual o pasado. Se necesitan más estudios para determinar qué subgrupos de pacientes pueden beneficiarse de evaluaciones radiológicas tras la NAC. Nuestro paciente recibió tratamiento con levofloxacino oral durante 5 días con buena evolución clínica y radiológica.

Bibliografía:

1. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019; 200(7): e45-e67

665/52. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. UN CASO DE SILICOSIS.

Autores:

- E. Crespo Martínez¹, T. Ewa Barnas², N. Moreno García³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 77 años, exfumador desde hace 30 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y dislipemia, trabajó en una mina de carbón y en una fábrica de hierro. Visto en varias ocasiones en el Centro de Salud por broncoespasmo secundario a infecciones respiratorias.

Exploración y pruebas complementarias

Fuera del contexto infeccioso la auscultación pulmonar era normal, presentaba saturación de oxígeno del 96% basal y no se observaron acropaquias. Se realizó radiografía de tórax en la que se vieron imágenes nodulares múltiples, de pequeño tamaño en lóbulos superiores. También espirometría con resultado normal. Se derivó a Medicina Interna para completar el estudio, donde se realizó TC de tórax en el que se observaron hallazgos compatibles con enfermedad granulomatosa (probablemente en relación a la exposición a polvos inorgánicos).

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Probable neumoconiosis.

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis, causa tumoral, nódulos reumatoideos, sarcoidosis, etc.

Comentario final

Es fundamental una buena historia clínica para el diagnóstico de silicosis, haciendo especial hincapié en la historia laboral y realizando las pruebas diagnósticas pertinentes para descartar otras posibles causas. Entre las pruebas complementarias a realizar están: espirometría, la mayoría normales, aunque en casos avanzados puede aparecer disminución de FEV1, FEV1/FVC y DLCO. La radiografía de tórax es fundamental ante la sospecha de neumoconiosis, en la que encontraríamos típicamente múltiples opacidades pequeñas, redondeadas y de predominio en lóbulos superiores. Estos hallazgos pueden comprobarse mediante TC de tórax. La broncoscopia tiene un papel limitado en el caso de la silicosis crónica y normalmente no está indicada para confirmar el diagnóstico. Por lo tanto, el diagnóstico de silicosis es clínico, basado en tres elementos: exposición suficiente a sílice y latencia adecuada, imágenes radiológicas compatibles y haber descartado otras causas.

Bibliografía:

1. Rose C. Silicosis [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 23 marzo 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com.m-hflr.a17.csinet.es/contents/silicosis?search=silicosis&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&displ_ay_rank=1

665/53. COVID PERSISTENTE Y TRATAMIENTO INHALADO.

Autores:

A. Rodríguez Onieva¹, M. Aneri Vacas², A. Hidalgo Requena³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Resumen:

Objetivos

General: Determinar la proporción de pacientes COVID persistente que necesitan tratamiento inhalado.

Específicos: Determinar la relación del tratamiento inhalado con los factores de riesgo de padecer covid19 persistente, la edad y el riesgo.

Metodología

Estudio observacional descriptivo, de base clínica y seguimiento de una cohorte mediante práctica clínica habitual, de forma ambispectiva, mediante recogida de datos de la historia clínica electrónica.

La población diana son pacientes con infección SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio, mayores de 18 años, que presenten síntomas persistentes. Se recogieron datos de edad, sexo, factores de riesgo para la enfermedad (>60 años, patología crónica, IMC, grupo de riesgo) y síntomas persistentes por aparatos.

Estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación del área.

Resultados

Se reclutaron 99 pacientes, edad media 47.66 años (I.C. 95%: 44.86-50.46), 67.68% mujeres (I.C. 95%: 57.53-76.73). 63 individuos (I.C. 26.93-46.64) presentaron factores de riesgo para padecer covid19 persistente. 24 individuos (I.C. 95%: 16.19-33.89) usaban inhaladores como tratamiento previo a la infección. 43 individuos (I.C. 95%: 33.50-53.77) usaban inhaladores como tratamiento tras la infección. En el análisis bivariante encontramos significación estadística entre las variables: mujer y factores de riesgo; el riesgo de covid persistente y el uso de inhaladores previo al episodio; la frecuencia de uso de inhaladores antes y después; uso de inhaladores antes y su duración.

Conclusiones

La covid persistente afecta principalmente a mujeres, quienes presentan más factores de riesgo. Un 24% de los pacientes usan inhaladores antes de la infección, continuando su uso más frecuentemente y de forma más continuada tras la infección. Un 43% usan inhaladores tras a la infección. En un 50% de los pacientes la prescripción de la terapia inhalada se realiza puntualmente, en relación a la infección por COVID19

665/54. UNA AFONÍA CON SORPRESA.

Autores:

F. Ruíz Sainz¹, S. Cué Herrería², P. Herrería Palacios³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 68 años que acude por afonía de 3 días de evolución. Asocia odinofagia, no fiebre ni otra clínica infecciosa. El paciente está en tratamiento con inhalador de vilanterol/ furoato de fluticasona por EPOC. No aumento de disnea ni cambios en el esputo. Fumador de 50 paquetes-año.

Exploración y pruebas complementarias

Cavidad oral: Placas blanquecinas sugestivas de micosis. Resto anodino.

Se pauta tratamiento con nistatina oral. Se revalora al paciente a los 10 días, ligera mejoría de micosis pero sin cambios en afonía. Dados los antecedentes del paciente se remite a Otorrinolaringología, que lo valoran a las 4 semanas del inicio de la clínica. En la nasofibroscopia objetivan lesiones de aspecto fúngico en repliegue aritenopiglótico derecho, y fijación de cuerda vocal izquierda.

Se diagnostica de disfonía por candidiasis oral, se pauta fluconazol 50mg/24 horas 7 días. Además se solicita TC cervico-torácico.

El paciente reacude 11 días más tarde a nuestra consulta por dolor en hemitórax derecho desde la noche previa, que empeora con la tos e inspiración profunda. No asocia fiebre ni cambios en la expecto-

ración. A la exploración afebril. Estable hemodinámicamente. Saturación de oxígeno 93%, taquipneico. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar sibilantes generalizados. No edemas ni signos de trombosis en miembros inferiores.

Ante dolor de tipo pleurítico en paciente gran fumador y persistencia de afonía tras 1 mes y medio de evolución se remite a Urgencias hospitalarias para completar valoración.

En Urgencias realizan radiografía de tórax en la que se objetiva masa en hemitórax izquierdo. Realizan ingreso del paciente, realizando TC toracoabdominal siendo diagnosticado de neoformación broncopulmonar en estadio IV.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Cáncer de pulmón metastásico

Diagnóstico diferencial

Neumonía, Tumor laríngeo, Tromboembolismo pulmonar

Comentario final

La afonía es un síntoma frecuente en Atención Primaria, siendo en la mayoría de casos algo banal. Sin embargo siempre hay que individualizar cada caso, y en este paciente debido a sus antecedentes se remitió a Otorrinolaringología, aunque finalmente se tratase de un cáncer de pulmón.

Las neoplasias malignas en base de cráneo, cuello o tórax con invasión del nervio vago o laríngeo recurrente pueden producir parálisis unilateral de cuerdas vocales.

Bibliografía:

1. Bruch JM, Kamani DV. Hoarseness in adults. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/hoarseness-in-adults?search=vocal%20cord%20paralysis.&source=search_result&selectedTitle=1~90&usage_type=default&display_rank=1

665/55. TOS Y BURBUJAS...

Autores:

L. González Tejedor¹, M. Pérez Martín², V. Lemes Niz³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

Niño de 10 años, asmático, sin alergias conocidas. Acude por aumento de volumen en región cervical derecha con sensación de burbujeo, tras múltiples accesos de tos en el contexto de infección viral con reagudización de asma, valorado días previos. Ayer, refiere dolor difuso centrotorácico, no irradiado, que empeora con la tos. Afebril. Niega palpitations o sintomatología vagal. No nauseas, vomitos ni traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes en rango. TEP estable. Buena coloración cutáneo-mucosa. Disnea en reposo, sin tiraje. ACP: Rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado; sibilancias espiratorias sin hipofonesis. Tórax: Crepitantes supraclaviculares, laterocervicales y en parte anterior de tórax, palpables. Resto sin hallazgos. Se

realiza ECG sin hallazgos y radiografía tórax: Enfisema subcutáneo extenso supraclavicular, laterocervical bilateral y raíz de miembros con neumomediastino. Derivado a Urgencias para completar estudio e ingreso. Se completa TAC cérvico torácico: Enfisema subcutáneo en plano cervicales, así como nivel axilar y prepectoral. Neumomediastino y neumopericardio con burbujas de gas en diafragma y en canal espinal.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Neumomediastino-neumopericardio con enfisema subcutáneo extenso en contexto de crisis asmática leve.

Diagnóstico diferencial

Neumomediastino, pericarditis, neumotórax, síndrome coronario agudo y síndrome de Boerhave.

Comentario final

El neumomediastino espontáneo definido como presencia de aire en espacio mediastínico. En la edad pediátrica, uno de los principales factores predisponentes es el asma; también puede aparecer por maniobras de Valsalva, aspiraciones e infecciones respiratorias.

La fisiopatología consiste en un incremento de la presión intraalveolar con, la consiguiente ruptura alveolar y fuga de aire desde los alvéolos hacia el intersticio pulmonar, migrando hacia hilio pulmonar y mediastino (neumomediastino/neumotórax). Pudiéndose extender al tejido celular subcutáneo (enfisema subcutáneo); pericardio, peritoneo o canal raquídeo (neumorraquis).

Característica su asociación a enfisema subcutáneo y disnea. El signo de Hamman (auscultación de un crujido sincrónico con el latido cardíaco) es típico. La confirmación es radiológica. El TAC, se reserva para aclarar la etiología y extensión. El manejo es conservador basándose en el reposo, la analgesia y el tratamiento de la causa subyacente, como nuestro caso: asma.

Bibliografía:

1. Abbas PI, Akinkuotu AC, Peterson ML, Mazziotti MV. Spontaneous pneumomediastinum in the pediatric patient. *Am J Surg* 2015; 210 (6): 1031-5.

665/56. LOS VARONES EN DESHABITACIÓN TABAQUICA SON PLURIPATOLÓGICOS.

Autores:

B. Angulo Fernández de Larrea¹, B. De Román Martínez², C. García -Rámila San José³, M. Elizarrí Roncal⁴, P. Bañuelos Peña⁵, M. Fernández Ortega⁶

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Sur. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis SantaMaría García. Burgos, (5) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Briviesca. Briviesca. Burgos, (6) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal - Las Torres. Burgos

Resumen:

Objetivos

Describir la población de varones fumadores que recibieron fármacos financiados para su deshabituación desde Atención Primaria, en un área de salud

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de historias clínicas de una muestra aleatoria de 264 pacientes (de un total de 2097) que iniciaron tratamiento farmacológico financiado para dejar de fumar en

un Área de Salud desde el 1/01/2020, en que se financian dos fármacos hasta el 30/06/2021 en que deja de suministrarse uno de ellos. Se estudia separadamente a los 117 varones.

VARIABLES ESTUDIADAS: Demográficas, comorbilidades, consumo de alcohol y otras adicciones.

Estudio autorizado por el Comité de Ética en Investigación con medicamentos de referencia, tras la autorización de Gerente de Atención Primaria, y ha contado con la cesión de los datos desde el Sistema de Información de Farmacia de la Gerencia Regional

Resultados

Pacientes evaluados: 117. Se descartaron 3 registros por incompletos.

Edades entre 27 y 76 años con una mediana de 52 años, trabajadores activos más del 70 %, de entorno urbano.

En el 56,41 % no existía un registro fiable sobre adicción a otras drogas, en el 10,25 % constaban otras adicciones y en el 33,34 % no.

El consumo de alcohol no figuraba en un 48,72%, estando presente en el 31,62%, mientras que el 16,24% eran abstemios.

El 80,34% tenían patología cardiovascular, el 58,12% factores de riesgo (HTA, Diabetes, Obesidad o Dislipemia) y el 22,22% por enfermedad establecida.

Casi la mitad (45,30%) estaban diagnosticados de enfermedad mental, ansiedad o depresión el 36,75% y otras el 8,55%.

Las enfermedades respiratorias estaban presentes en el 17,09 % y el cáncer en el 6,8 %. Habían sufrido COVID un 26,50 %.

Conclusiones

Los varones fumadores que intentaron abandonar el consumo con ayuda de fármacos fueron pacientes pluripatológicos, con riesgo cardiovascular elevado y frecuentes los trastornos afectivos, con escasa patología respiratoria registrada.

Destaca el insuficiente registro del consumo de alcohol y otras drogas, que llega a ser próximo al 50 %, aún así se han encontrado un 10 % de pacientes que sufren otras adicciones unidas a la del tabaco.

665/57. VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA. RELACIÓN CON INFECCIÓN PREVIA POR SARS-COV-2 Y CON ESTADO VACUNAL. ACTUACIONES DE MEJORA EN NO CONTROLADOS.

Autores:

M. Fernández Ortega¹, M. Grande Grande², B. De Román Martínez³, J. Carmona Diez⁴, M. Bravo de la Paz⁵, T. Peña Miguel⁶

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal - Las Torres. Burgos, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis SantaMaría García. Burgos, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (4) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Huelgas. Burgos, (5) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos

Resumen:

Introducción

En asma está bien establecido el término "control", permitiendo ajustar el tratamiento. En EPOC parece deseable aplicar dicho concepto. Las últimas guías actualizaciones de GESEPOC (Guía Española

del manejo de la EPOC) recogen la definición de buen control, basada en estabilidad e impacto, y un cuestionario propuesto para su medición. Su estandarización podría ser útil en práctica diaria. Recientes trabajos recogen que sólo un tercio de pacientes están bien controlados.

Objetivos

Valorar el control de la EPOC en pacientes de Atención Primaria utilizando el nuevo cuestionario. Conocer la relación entre control y aspectos importantes de la enfermedad, y valorar la influencia de la infección SARS-CoV-2 y vacunaciones en la situación de los pacientes. En los casos de mal control establecer medidas de corrección, para reevaluación posterior.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Posteriormente completado con estudio pre-post en pacientes mal controlados en los que se realizará intervención correctora habitual.

Emplazamiento

Consultas de médicos de Atención Primaria de nuestro Área de Salud, voluntariamente participantes en el estudio.

Material y Métodos

Se elegirán pacientes mayores de 35 años fumadores o exfumadores, diagnosticados de EPOC, con registro en historia electrónica. Se realizará muestreo aleatorio simple. Con proporción esperada de buen control según estudios previos de 37 %, para confianza del 95 % y precisión del 5 %, el tamaño muestral es 326 considerando 20 % de pérdidas. Los datos serán obtenidos de la historia informatizada y visita presencial (cita por el médico de acuerdo a aleatorización), en la que el paciente completará el cuestionario de control de GESEPOC, previa obtención del consentimiento informado. Se registrarán datos de gravedad, fenotipos, comorbilidades, tabaquismo, uso de terapias domiciliarias, infección y vacunaciones SARS-CoV-2, antigripal y antineumocócica, tratamiento y adherencia. En los pacientes con mal control se realizarán las intervenciones correspondientes según práctica clínica; tras 6 meses se reevaluará el control y se valorará la eficacia de las medidas implementadas. Los datos recogidos serán introducidos anonimizados en base de datos. El análisis estadístico será descriptivo, mediante distribuciones de frecuencias para variables cualitativas y media y desviación estándar para cuantitativas, con intervalos para confianza del 95%. Relación entre variables cualitativas mediante Chi cuadrado y comparación de medias mediante t de Student o su correspondiente prueba no paramétrica. Para estudio pre-post, análisis estadístico para datos emparejados. Nivel de significación 5% y análisis estadístico con paquete estadístico SPSS v. 28. Principal limitación del estudio: el método de selección de la muestra no permite extrapolar resultados al conjunto de pacientes con EPOC del área de salud.

Aplicabilidad

Obtener datos de control por cuestionario es sencillo y puede realizarse en consulta. La detección de falta de control permite implementar medidas correctoras.

Aspectos ético-legales

Se garantizará la confidencialidad de acuerdo a Ley Orgánica 3/2018, 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo. Se seguirán directrices de declaración de Helsinki actualizada. Se cuenta con aprobación del Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) y Gerencia de Atención Primaria.

665/58. ¿POR QUE ESTA DISNEA ESTA YENDO A PEOR?

Autores:

■ M. de la Hoz Gutiérrez¹, M. Domínguez Mosquera²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Soto Iruz. Santiurde de Toranzo. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 82 años, que como antecedentes personales tiene: no alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, enfermedad obstructiva crónica con componente asmático, agudizador, con obstrucción leve-moderada al flujo aéreo. Síndrome de Apneas-Hipopneas. Lumbalgia crónica y estenosis de canal. Tratamiento habitual: Azoft colirio, Enalapril 10mg cada 24h, Lexatin 1.5 mg cada 24h, Naproxeno 500 cada 12h si precisa, Omeprazol 20 mg cada 24h, Relvar 92/22 microgamos cada 24h, Spiriva 10 microgamos cada 24h si precisa, Targin 20mg/10mg cada 12h. Acude a mi consulta por disnea de reposo (refiere precisa dormir sentado), con escasa tos, no fiebre no distermia, sin ninguna mejoría tras relvar cada 24h y spiriva de rescate. Re interrogado refiere hace unas 48h tuvo episodio puntual de opresión torácica, con posterior sensación de "palpitaciones" auto limitado, ahora solo nota leve sensación de mareo tipo inestabilidad.

Exploración y pruebas complementarias

Taquipneico, no igurgitación yugular, Saturación de oxígeno: 89% Tensión arterial: 100/60 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos no ausculto soplos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado crepitantes gruesos en ambos campos pulmonares, no edemas en miembros inferiores. Electrocardiograma: fibrilación auricular con bloqueo de rama izquierda de haz de His que no presentaba previamente, siendo trasladado a Urgencias Hospitalarias. Analítica NT-proBNP suero 1447 pg/ml con troponina, pruebas de coagulación y resto analítica normal. Radiología de tórax con senos costofrenicos pinzados.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Fibrilación auricular de reciente comienzo.

Diagnóstico diferencial

Reagudización enfermedad pulmonar, disnea cardiogenica, tromboembolismo pulmonar, distres respiratorio del adulto, neumotorax, etc.

Comentario final

La disnea es uno de los síntomas que con mas frecuencia nos encontramos en nuestra consulta, debido a ello solemos caer en la inercia terapéutica, por lo que una activa anamnesis y una exhaustiva exploración clínica debe ser siempre aplicados a cada paciente para evitar falsos diagnósticos.

Bibliografía:

1. Evans KC, Banzett RB, Adams L, Mckay L, Frackoviak RSJ, Corfield DR. BOLD fmri identifies limbic, paralimbic, and cerebellar activation during air hunger. *J Neurophysiol.* 2002; 88: 1500-11
2. Caruana-Montaldo B, Gleeson K, Zwillich CW. The control of breathing in clinical practice. *Chest.* 2000; 117: 205- 25.

665/59. ¡NO ME QUITO ESTA TOS!

Autores:

M. de la Hoz Gutiérrez¹, M. Domínguez Mosquera²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Soto Iruz. Santiurde de Toranzo. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 36 años sin antecedentes personales de interés, ni tratamientos crónicos, que acude a mi consulta por cuadro catarral de unos 10 días de evolución (refiere se lo ha debido “pegar su hijo”, que ha sido diagnosticado de bronquiolitis) con tos sin expectoración, con estornudos y sensación de distermia, no fiebre termometrada. Paciente vuelve a los 72h, por aumento de la tos sin expectoración paroxística, ahora con sensación de disnea de grandes esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración primera visita: Saturación de oxígeno: 98% Frecuencia cardíaca 67 latidos por minuto. Buen estado general, Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos no ausculto soplos, Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos.

Exploración a las 72h: Saturación de oxígeno: 96% Frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sibilantes dispersos, por lo que es derivada a Urgencias Hospitalarias. Análítica dentro de los parámetros de la normalidad, Radiografía de tórax sin alteraciones y PCR del virus respiratorio sincitial positivo (resto virus respiratorios negativos).

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial.

Diagnóstico diferencial

Virus respiratorios (Paramyxoviridae. Orthomyxoviridae, Adenovirus, etc), infecciones bacterianas (Streptococcus pneumoniae, etc), distres respiratorio del adulto, etc.

Comentario final

En la edad adulta, muchas veces ante procesos respiratorios con mala evolución, nos olvidamos de los virus respiratorios con tendencia producir complicaciones en pacientes con criterios de riesgo (tabaquismos, inmunodeficiencias, etc), por lo que no hay que olvidar explicar claramente al paciente los síntomas de riesgo (disnea, anorexia, etc).

Bibliografía:

1. CDC. RSV infection in older adults. CDC Fact Sheet. 2017; CS280240.
2. Anderson NW, Binnicker MJ, Harris DM, Chirila RM, Brumble L, Mandrekar J et al. Morbidity and mortality among patients with respiratory syncytial virus infection: a 2-year retrospective review. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2016; 85 (3): 367-371.

665/60. EL CATARRO ME IMPIDE RESPIRAR.

Autores:

S. Cué Herrería¹, P. Herrería Palacios², F. Ruíz Sainz³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer 51 años que acude por tos con expectoración amarillenta, congestión nasal y fiebre de 39º de 3 días de evolución. Refiere desde hace 24 horas disnea de intensidad progresiva asociada a dolor torácico opresivo.

No uso de inhalador pautado por su MAP por hongos en boca.

AP Fumadora 20 cig/día. DLP. Bronquitis de repetición. Tratamiento habitual: Atorvastatina 40 mg, Sereotide 25/125 mcg

Evolución: inhaladores con cámara (3 rondas) con mejoría de hipoventilación y desaparición de sibilancias y dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

SatO2 94-95%

Tórax: Hipoventilación generalizada y sibilancias basales bilaterales. AC normal.

Otoscopia normal. Faringe hiperémica sin exudados.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Bronquitis aguda

Diagnóstico diferencial

ICC, TEP.

Comentario final

La EPOC es una enfermedad crónica que se define como obstrucción al flujo de manera irreversible. La clínica más frecuente es tos, producción de esputo y disnea. Esta enfermedad curso en brotes con empeoramiento progresivo. El diagnóstico se realiza con espirometría. El objetivo para disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones es un tratamiento y técnica inhalatoria adecuada. La simplificación del tratamiento (1 inhalación diaria) aumenta la adherencia al tratamiento, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Hasta dos tercios de los pacientes presenta una adherencia subóptima al tratamiento debido a la mala técnica de inhalación. El error más frecuente es una mala realización de la técnica de inhalación (coordinación, velocidad y profundidad de inhalación) seguido de una ausencia de apnea posterior a la inhalación. La baja adherencia y mal uso de medicación suponen un riesgo potencial del paciente ya que desencadena brotes de la enfermedad, incluso de necesidad de hospitalizaciones para tratamiento de la crisis aguda que podrían evitarse con facilidad. Por tanto, la revisión tanto de la técnica como preguntar sobre el uso diario de los inhaladores en atención primaria mejora la morbimortalidad futura en el paciente y la supervivencia a largo plazo.

Bibliografía:

1. Mei Lan Rey Han, MD, MS Mark T. Dransfield, MD Fernando J Martínez, MD, MS Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: diagnóstico y estadificación Uptodate. Febrero de 2023.
2. Sanchis J, Gich I, Pedersen S; Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? Chest. 2016 Apr 7. PMID: 27060726.

665/63. CUANDO EL PACIENTE NO COLABORA: "MALESTAR GENERAL SIN ESPICIFICAR".

Autores:

J. Alonso Díaz¹, A. Gallego Mayor¹, I. Looor Moncayo¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

Resumen:

Descripción del caso

NAMC.

Tratamiento: Olanzapina 10; Venlafaxina 75; Fe, Flatoril, Simvastatina, Tamsulosina

Paciente de 89 años de edad que acude a SUH traído por la Unidad de Soporte Vital Básico por deterioro del estado general. Aportan informe clínico de su C.S, donde refieren que la cuidadora comenta que últimamente le encuentra más adormilado y decaído. Refieren pérdida de apetito así como deposiciones diarreicas líquidas y oscuras (toma hierro). No otra sintomatología acompañante.

Durante la entrevista con el paciente, se muestra con ánimo depresivo, llegando a afirmar que todo le molesta y que él ya está muerto (¿¿¿Sdo. Cotard???)

Se trata de buscar acompañante en la sala de espera sin éxito.

Exploración y pruebas complementarias

Expl. Física: BEG. Consciente, orientado y colaborador. Palidez coloración cutáneo-mucosa. Bien perfundido. Signos de deshidratación. Eupneico en reposo. Afebril.

ACP: RcScRc. Soplo panfocal, no irradiado a carótidas II-IV/VI. MVC. Sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible. Defensa voluntaria. RHA conservados. Percusión timpánica. No masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Dolor generalizado a la palpación superficial y profunda de los cuadrantes abdominales.

EEl: Atrofia muscular. No edemas ni cambios tróficos. Sin signos de TVP ni flebitis. Pulsos presentes, conservados y simétricos.

PC: PCR, Analítica, ECG, Rx de tórax.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

ITU vs GEA vs ICC reagudizada vs neumonía

Diagnóstico diferencial

Descartar etiología farmacológica, infecciosa, intoxicación, privación, afectación neurológica estructural o metabólica.

Comentario final

La evaluación clínica debe ser especialmente para investigar posibles causas que puedan generar exceso de discapacidad, e identificar la sintomatología no expresada. La evaluación cognitiva, funcional y conductual requiere del uso de instrumentos adaptados a la realidad del paciente, validados en nuestro entorno, así como de herramientas capaces de determinar las capacidades residuales de los pacientes.

Debido a esto, es importante contextualizar los datos de la entrevista con la exploración y con las pruebas solicitadas, así como sus resultados.

Bibliografía:

1. *Marín Carmona, José Manuel: "Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia". Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009 Oct; 44(S2):9-14. Spanish. Elsevier 2009 Oct 7. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X09002157>*

665/64. MÁS ALLÁ DEL DOLOR.

Autores:

■ B. García Fernández¹, M. Fernández Riera²

Centro de Trabajo:

■ (1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mieres - Sur. Mieres. Asturias

Resumen:

Descripción del caso

Marta es una paciente de 72 años, sin factores de riesgo cardiovascular. Lumbalgias de repetición con Rx lumbar hace 2 años (cambios degenerativos). Viuda desde hace 1 mes. Hasta ahora solo consultaba para su marido, dependiente.

Consulta por dolor dorsal mal localizado, de unos meses de evolución, que relaciona con esfuerzos por el cuidado de su marido. Niega fiebre o síndrome general.

Exploración y pruebas complementarias

En exploración: Saturación O₂: 96%. No reproducción del dolor dorsal a la palpación. Resto de exploración normal. Se diagnosticó dorsalgia secundaria a esfuerzos, se pautó AINE, paracetamol y relajante muscular. Se citó a la semana para revisión.

Dos días después acudió al servicio de urgencias hospitalarias por astenia y dolor en miembros inferiores. Se diagnosticó de artralgias mecánicas, con analítica normal, y se ajustó tratamiento.

En revisión refiere que el dolor dorsal le impide el sueño. Ante empeoramiento clínico se solicita Rx de tórax informada como masa de contornos espiculados en lóbulo superior derecho compatible con neoplasia y lesión osteolítica en columna dorsal. Se deriva al servicio de urgencias y es ingresada en Neumología para estudio.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Dorsalgia mecánica

Diagnóstico diferencial

Metástasis óseas

Comentario final

El cáncer de pulmón es la primera causa de fallecimientos por cáncer a nivel mundial. El principal factor de riesgo es el tabaco. El adenocarcinoma es el subtipo más frecuente y el más habitual en no fumadores. La mayoría de los pacientes están asintomáticos hasta estadios avanzados, cuando aparecen síntomas pueden ser locales o a distancia. Los síntomas más comunes son tos, disnea, dolor y pérdida de peso. Los sitios más frecuentes de metástasis son el hígado, las glándulas suprarrenales, los huesos y el cerebro. Las metástasis óseas suelen ser sintomáticas.

Como conclusión, sería interesante poder realizar cribado para la detección precoz y así disminuir mortalidad. Mientras tanto, ciertos síntomas como la tos, la disnea o los dolores óseos, si se cronifican o aparecen de nuevo en pacientes previamente asintomáticos, deben hacernos sospechar una enfermedad tan importante como puede ser un cáncer de pulmón.

Bibliografía:

1. Horn, Leora, and Wade T. Iams. "Neoplasias de pulmón." *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 21e Eds. Joseph Loscalzo, et al. McGraw Hill, 2022, <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx>

665/65. CONTRA TODO PRONÓSTICO.

Autores:

- C. Gran Tijada¹, P. Sáez Marco¹, I. Campo Beitia¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Mujer que comienza en 2017 a los 22 años con dolor inflamatorio intercostal y pérdida de peso. Aparición de adenopatías supraclaviculares izquierdas de consistencia uniforme, duras y no desplazables. Fumadora activa con mínimo consumo acumulado.

Antecedentes familiares: dos tíos con cáncer de pulmón.

Exploración y pruebas complementarias

Sin hallazgos exploratorios

Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico

TAC torácico: múltiples adenopatías submandibulares, supraclaviculares, masa paramediastínica de 4 cm en lóbulo inferior izquierdo y múltiples adenopatías pulmonares bilaterales, nódulo en mama derecha sugerente de malignidad.

Ha estado en tratamientos sucesivos con inmunoterapia con una aceptable toxicidad. Ha presentado metástasis cerebrales con crisis comiciales y progresión de metástasis óseas en 2023.

Orientación diagnóstica/ Juicio Clínico

Cáncer de pulmón (CP)

Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo

Comentario final

El perfil del paciente con CP está cambiando: se está conteniendo en los hombres, pero en las mujeres no deja de aumentar con un perfil nuevo (joven y no fumadora).

El tabaquismo es el principal factor de riesgo estimándose que el 91 % de las muertes por cáncer de pulmón en hombres y el 65 % en mujeres son atribuibles al tabaco, entre un 9-15 % a los carcinógenos en el medio laboral, el radón de hasta un 10 % de los casos, y entre un 1-2 % a la contaminación ambiental. La agregación familiar de casos sugiere un incremento de la probabilidad de desarrollarlo.

La supervivencia depende fundamentalmente del estadio en el momento del diagnóstico y difiere según la estirpe anatomopatológica. Los tumores no microcíticos suponen el 85 % de los casos. El adenocarcinoma es el subtipo más frecuente en los no microcíticos.

Más del 70 % de los CP se diagnostican en estadios avanzados en los que el tratamiento con intención curativa (cirugía) no es posible. La supervivencia estimada de los cánceres de pulmón en este estadio no alcanza el 5 % a los 5 años. La inmunooncología es la alternativa actual en los pacientes con cáncer de pulmón avanzado.

Aproximadamente, un 10 o 15 % de los pacientes avanzados con CP serán largos supervivientes, como nuestra paciente, con un diagnóstico en estadio IVB.

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2022 [Internet]. [citado 25 de junio de 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
2. Gómez Sáenz JT. ¿Es el momento de la implantación de un programa de cribado de cáncer de pulmón en España? Rev Canal Respir [Internet]. 2022 [citado 18 de enero de 2023];1(2). Disponible en: <https://www.livemed.in/canales/respiratorio-en-la-red/respiratorio-atencion-primaria/numero-2/es-momento-implantacion-programa-cribado-cancer-pulmon-espana>.

Organiza



Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria

AP

CNC 2023-00044

Secretaría Técnica



C/ Narvéez 15·1º izq
28009 · Madrid
tel : 902 430 960
fax : 902 430 959
info@apcongress.es