

# VIII Jornadas Nacionales de Respiratorio SEMERGEN

## Revista



*Hotel Sol Principe  
Torremolinos  
(Málaga)*

*20 y 21  
de abril de 2018*

[www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com) [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)



ap congress

C/Narvéez 15-11zq  
28009 · Madrid  
tel: 902 430 960  
fax: 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

## EDITORES

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

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. D. Antonio José Baca Osorio  
Dr. D. Antonio Hidalgo Requena  
Dr. D. Juan Carlos López Caro  
Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández  
Dr. D. Francisco Javier Ruíz Moruno  
Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Paz Fernández Lara  
Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero

### Número 3. Año 2018.

**Editor:** Grupo de trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

**Lugar:** Torre Molinos - Málaga

**ISSN:** 2445-415X

*Copyright 2018. 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.*

# Salutación

*Torremolinos, 21 de abril de 2018*

Estimados compañeros

Desde el año 2011 venimos celebrando nuestra reunión anual. Iniciamos nuestra andadura en Santander y son siete años consecutivos en los que se han realizado las Jornadas Nacionales de Respiratorio de Semergen. Los días 20 y 21 de abril del año 2018 se celebraron las octavas Jornadas en Torremolinos (Málaga).

Han sido un lugar de encuentro de los profesionales de Atención Primaria donde hemos debatido y actualizado conocimientos en patologías respiratorias tan prevalentes como asma, EPOC, apnea del sueño o tabaquismo, entre otras. Siempre nuestro objetivo final ha sido la mejora de la formación de los médicos de Atención Primaria en el área del aparato respiratorio.

Hemos realizado unas Jornadas participativas, con todas las actividades acreditadas. Han colaborado ponentes de prestigio, tanto especialistas de Atención Primaria como Hospitalaria y han adquirido un especial protagonismo los médicos residentes de Medicina de Familia tanto en aspectos docentes como científicos.

En esta revista electrónica se publican los resúmenes tanto de los talleres como de las mesas de debate, junto con todas las comunicaciones que se han presentado en las Jornadas.

Las VIII Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN 2018, han superado con creces todas nuestras expectativas, tanto en el número de inscritos como en la participación en actividades y envío de trabajos.

Agradecemos el esfuerzo realizado por el comité científico tanto en la aprobación como en la calificación de los trabajos enviados así como la acreditación de las diferentes actividades.

Un saludo a todos.



**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**  
*Presidente del Comité Organizador.*

## Comités

### Comité organizador

#### Presidente:

##### **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

#### Vocales

##### **Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**

Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Leopoldo García Méndez**

Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. José Hernández Úrculo**

Médico de Familia. Cabezón de la Sal. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**

Médico de Familia. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Pablo Panero Hidalgo**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz**

Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

##### **Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

Médico de Familia. Centro de Salud de Naval Moral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Miguel Gutiérrez Jansen**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

### Comité científico

#### Presidente:

##### **Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

#### Vocales

##### **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Juan Carlos López Caro**

Médico de Familia. Centro de Salud Coto Lino. Castro Urdiales. Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Francisco Javier Ruíz Moruno**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Paz Fernández Lara**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### **Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

## Información General

### Fecha de Celebración y Sede

Fecha: 20 y 21 de Abril de 2018

Sede: Hotel Sol Principe

Paseo del Colorado, 26, 29620 Torremolinos, Málaga

Web: [www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com)

E-mail: [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)

### Secretaría Técnica:



ap congress

C/ Narvárez 15, 1º izq.

28009 Madrid

Tel: 902 430 960 | Fax: 902 430 959

E-mail: [info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

## Acreditaciones científicas

Concedido el Reconocimiento de Interés Científico Sanitario a la Consellería de Sanidad por la Xunta de Galicia. Número de Expediente: SA301A 2016/86-1

Solicitada acreditación de actividades en el sistema acreditador de la formación continua de las profesiones sanitarias de la Xunta de Galicia.

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN. CNV 0011/2017



# Programa Científico

**Viernes 20 de abril**

**9.30 - 10.15 h.**

## Jornada precongresual de Residentes-Respiratorio:

**Taller: Pruebas Funcionales  
Sala Alcazaba**

**Ponentes:**

**Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. María Aneri Vacas**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**10.15 - 11.00 h.**

## Jornada precongresual de Residentes-Respiratorio:

**Taller: Agudización de ASMA  
Sala Alcazaba**

**Ponente:**

**Dra. D<sup>a</sup>. María de la Paz Fernández Lara**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**11.00 - 11.30 h.**

## Pausa Café

**11.30 - 12.15 h.**

## Jornada precongresual de Residentes-Respiratorio:

**Taller: Agudización de EPOC  
Sala Alcazaba**

**Ponente:**

**Dr. D. Miguel Gutiérrez Jansen**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**12.15 - 13.30 h.**

## Jornada precongresual de Residentes-Respiratorio:

**Taller: Auscultación cardiorrespiratoria: interpretación de los diferentes sonidos  
Sala Alcazaba**

**Ponente:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Milagros González Béjar**

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de trabajo de Atención a la Mujer y Respiratorio de SEMERGEN.

Este taller de habilidades en auscultación va dirigido principalmente a médicos residentes y a los médicos asistentes a las jornadas de respiratorio 2018.

Se realiza el entrenamiento en estas habilidades mediante un torso y un panel en el que podemos diferenciar entre 12 ruidos cardíacos y 16 ruidos respiratorios, que se auscultan mediante un fonendo especial, amplificando el sonido mediante un altavoz o a nivel individual.

Se indican los puntos de auscultación cardiopulmonar para realizar un correcto entrenamiento. Una vez que adquirimos la habilidad estos puntos pueden ser retirados observando si los que acuden al taller realizan una correcta maniobra auscultatoria.

El taller comienza con una exposición de la auscultación, las patologías que podemos auscultar a nivel cardíaco y a nivel pulmonar.

Se explica, como según la patología de que se trate, vamos a auscultar ritmos anormales en distintos focos.

La auscultación de una patología u otra se programa mediante un mando a distancia, por lo que el asistente al taller desconoce de que patología se trata.

Esto nos permite hacer múltiples combinaciones de auscultación de diferentes patologías y además de entrenar en auscultación a los médicos que acuden al taller nos permite realizar un diagnóstico, por lo que en el futuro es una buena herramienta para el desarrollo de casos clínicos.

Este taller de habilidades se puede considerar una herramienta tanto formativa como evaluativa, aportando un enriquecimiento en el aprendizaje de las técnicas de auscultación cardiopulmonar.

**16.30 - 18.00 h.**

## Taller: Urgencias neumológicas. Sala Alcazaba

**Ponentes:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Pinel Monge**

Médico de Familia. Centro de Salud La Habana-Cuba. Vitoria-Gasteiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de Semergen.

**16.30 - 18.00 h.**

## Taller: Radiografía de tórax. Sala Mijas

**Ponente:**

**Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo**

Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**16.30 - 18.00 h.**

## Taller: Terapia inhalatoria. Sesión 1. Sala Marbella

*Patrocinado por: Laboratorios Teva*

**Ponentes:****Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardeaux Chadburn***Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados***Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

16.30 - 18.00 h.

**Taller: Práctico de EPOC.****Sala Ronda****Ponentes:****Dr. D. Bartolome Leal Correa***Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***Dr. D. Alexandre Bassa Massanas***Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. PAM-EM. Barcelona.*

18.00 - 18.30 h.

**Pausa-Café****Pendiente ubicación**

18.00 - 18.30 h.

**Defensa de comunicaciones e-Posters.****Sesión 1. E-Poster 1.****Aula Virtual e-Poster. e-Poster 1****Moderador:****Dr. D. Miguel Gutiérrez Jansen***Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

18.00 - 18.30 h.

**Defensa de comunicaciones e-Posters.****Sesión 2. E-Poster 2.****Aula Virtual e-Poster. e-Poster 2****Moderador:****Dra. D<sup>a</sup>. María de la Paz Fernández Lara***Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

18.00 - 18.30 h.

**Defensa de comunicaciones e-Posters.****Sesión 3. E-Poster 3.****Aula Virtual e-Poster. e-Poster 3****Moderador:****Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero***Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

18.30 - 19.30 h.

**Puesta al día: en EPOC: "Todo bien Doctor" ¿Nos quedamos sólo con esto?****Sala Alcazaba***Patrocinado por: Laboratorios Esteve***Moderador:****Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza***Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***En EPOC ¿Nos estamos quedando cortos? ¿Podríamos hacer más?****Ponente:****Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez***Médico de Familia. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***Sexo y disnea en la EPOC, ¿pensamos en ello?****Ponente:****Dra. D<sup>a</sup>. Olga Araujo Loperena***Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.*

19.30 - 20.00 h.

**Presentación: Una nueva herramienta en Asma. Control ASMAApp.****Sala Alcazaba***Patrocinado por: Laboratorios Menarini***Ponentes:****Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez***Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***Dr. D. Antonio Hidalgo Requena***Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Lucena. Área Sanitaria Sur de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

20.00 - 20.45 h.

**Conferencia Inaugural: "Polvos de momia y otros medicamentos singulares: Las mil y una maneras de ejercer el oficio de sanar"****Sala Alcazaba****Ponente:****Dr. D. Eulogio Rodríguez Becerra***Historiador. Jefe de Sección de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

20.45 - 21.30 h

**Acto inaugural****Sala Alcazaba**

21.30 h.

**Cóctel inaugural****Hotel Sol Príncipe**

## Sabado 21 de abril

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones orales.

#### Sesión 1. Sala Alcazaba

##### Moderador:

**Dr. D. Antonio José Baca Osorio**  
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones orales.

#### Sesión 2. Sala Mijas

##### Moderador:

**Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**  
Médico de Familia. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. GAP León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones orales.

#### Sesión 3. Sala Marbella

##### Moderador:

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**  
Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones e-Posters.

#### Sesión 4. E-Poster 1. Aula Virtual e-Poster. e-Poster 1

##### Moderador:

**Dr. D. Juan Carlos López Caro**  
Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones e-Posters.

#### Sesión 5. E-Poster 2. Aula Virtual e-Poster. e-Poster 2

##### Moderador:

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**  
Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

8.00 - 9.00 h.

### Defensa de comunicaciones e-Posters.

#### Sesión 6. E-Poster 3. Aula Virtual e-Poster. e-Poster 3

##### Moderador:

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

9.00 - 10.15 h.

### Taller: Pruebas funcionales y otras en Atención Primaria.

#### Sala Alcazaba

##### Ponentes:

**Dr. D. José Hernández Úrculo**  
Médico de Familia. Cabezón de la Sal. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### Dra. D<sup>a</sup>. Ana Viejo Casas

Médico de Familia. Centro de Salud Pisuéña Cayón. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

9.00 - 10.15 h.

### Taller: Eduquemos a nuestros asmáticos.

#### Sala Mijas

##### Moderador:

**Dr. D. Juan Carlos López Caro**  
Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### Ponente:

**Dr. D. José María Ignacio García**  
Neumólogo. Jefe de Servicio Neumología Clínica Quirón. Marbella.

9.00 - 10.15 h.

### Taller: Terapia inhalatoria.

#### Sesión 2. Sala Marbella

Patrocinado por: Laboratorios Teva

##### Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardeaux Chadburn**  
Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

##### Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados

Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

9.00 - 10.15 h.

### Taller: Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI).

#### Sala Ronda

##### Moderador:

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Aicart Bort**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Rafalafena. Castellón. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y de Tutores de SEMERGEN.

GEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Dirección Agencia de Formación. Área Tutores/Socios.

**Ponente:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Dolores Romero Ortíz**  
Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

10.15 - 11.15 h.

**Puesta al día: en EPOC**

**Sala Alcazaba**

Patrocinado por: **Boehringer-Ingelheim**

**Moderador:**

**Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**  
Médico de Familia. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. GAP León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

**Ponentes:**

**Dr. D. José Luis Velasco Garrido**  
Neumólogo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Dr. D. Francisco Javier Ruiz Moruno**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

11.00 - 13.00 h.

**Jornadas de Puertas Abiertas: ¿Cómo respira Torremolinos?**

**Plaza de la Nogalera Torremolinos**

**Coordinador:**

**Dr. D. José Hernández Úrculo**  
Médico de Familia. Cabezón de la Sal. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Integrantes:**

**Sra. D<sup>a</sup>. Cristina María Quintano Reina**  
**Sra. D<sup>a</sup>. María del Mar Parejo Romero**

**EPOC**

**Integrantes:**

**Dr. D. José Luis Castro Navarro**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Munera; Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo (Albacete). Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Juan Carlos López Caro**  
Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Asma**

**Integrantes:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Viejo Casas**  
Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña Cayón. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. José Ramon Parada Jorgal**  
Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Tabaco**

**Integrantes:**

**Dr. D. Delio Vázquez Mallada**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. Área del Bierzo. León. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Silvia M<sup>a</sup> González Carranza**  
Médico de Familia. Centro de Salud Torrekúa. Eibar, Guipuzcoa.

**Síndrome apnea del sueño/inhaladores**

**Integrantes:**

**Dr. D. Alexandre M. Loureiro Faro**  
Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Matamá Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Pinel Monge**  
Médico de Familia. Centro de Salud La Habana-Cuba. Vitoria-Gasteiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de Semergen.

11.15 - 11.45 h.

**Presentación: Estudio IMPACT, ¿qué aporta en la EPOC?**

**Sala Alcazaba**

**Ponente:**

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

11.15 - 11.45 h.

**Pausa-Café**

**Pendiente ubicación**

11.45 - 12.30 h

**Mesa de actualidad: Nuevas evidencias en Asma y EPOC.**

**Sala Alcazaba**

**Salford Lung Study Asthma**

**Ponente:**

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**  
Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

*Umeclidinio/Vilanterol vs Tiotropio/Olodaterol en la mejora de la función pulmonar en la EPOC*

**Ponente:**

**Dr. D. Ricardo Ismael Aguilar Pérez Grovas**  
Neumólogo. Hospital Quirónsalud. Marbella, Málaga.

12.30 - 13.30 h.

**Puesta al día: Vacunación frente a la neumonía neumocócica. Un paso más en la protección de nuestro entorno**

**Sala Alcazaba**

Patrocinado por: **Pfizer**

**Ponentes:**

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**  
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Lucena. Área Sanitaria Sur de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.



12.30 - 13.30 h.

## Taller: Cero tolerancia a los ataques de asma. ¿Cómo podemos participar en el cambio?

**Sala Mijas**

Patrocinado por: Astrazeneca

## ¿Están nuestros pacientes asmáticos descontrolados? ¿Cómo controlarlos?

**Ponente:**

**Dr. D. Luis Manuel Entrenas Costa**

Facultativo especialista de Neumología. Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## Experiencias de la práctica clínica

**Ponente:**

**Dr. D. Pablo Panero Hidalgo**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

13.30 - 14.30 h.

## Puesta al día: El control de la EPOC, ¿una asignatura pendiente en nuestras consultas?

**Sala Alcazaba**

Patrocinado por: Chiesi

**Moderador:**

**Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

## El control de la EPOC, ¿una asignatura pendiente en nuestras consultas?

**Ponente:**

**Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

## La triple terapia fija: una nueva herramienta para un mejor control de la EPOC

**Ponente:**

**Dr. D. Germán Peces-Barba Romero**

Neumólogo. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

## El reto de adaptar la nueva evidencia a nuestra práctica clínica.

**Ponente:**

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

14.30 - 16.00 h.

## Almuerzo de trabajo Pendiente ubicación

16.00 - 17.15 h.

## Taller: Terapias respiratorias domiciliarias. Sala Alcazaba

**Ponentes:**

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

Médico de Familia. Centro de Salud de Naval Moral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Mercedes Martín Romero**

Facultativo especialista de Neumología. Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

16.00 - 17.15 h.

## Taller: Viajes y aparato respiratorio. Sala Mijas

**Ponentes:**

**Dr. D. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno**

Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00 - 17.15 h.

## Taller: EPOC en Atención Primaria. Sala Marbella

**Ponentes:**

**Dra. D<sup>a</sup>. María Eulalia Esquerra Tuñí**

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. PAM-EM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. María Isabel Maranges Comella**

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. PAM-EM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00 - 17.15 h.

## Taller: Tabaquismo. Sala Ronda

**Ponentes:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Milagros González Béjar**

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer y Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Delio Vázquez Mallada**

Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. Área del Bierzo. León. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN.

17.15 - 17.45 h.

## Entrega de premios y clausura de las jornadas. Sala Alcazaba

21.30 h.

## Cena de clausura Gran Hotel Miramar

# Resumen de ponencias

## TALLERES

### Jornada precongresual de Residentes-Respiratorio:

#### Pruebas Funcionales

##### Ponentes:

##### Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

##### Dra. D<sup>a</sup>. María Aneri Vacas

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

La patología respiratoria ocupa un gran espacio dentro de las consultas de Atención Primaria. Entre las diferentes patologías respiratorias más frecuentes tenemos: el asma, la EPOC, enfermedades intersticiales, enfermedades neuromusculares, tos crónica, entre otras. En la mayoría de ellas, se precisa de la realización de pruebas de tipo funcional para un diagnóstico concluyente. Dentro de estas pruebas tendríamos de muy diversos tipos, tales como: la espirometría, pruebas de reversibilidad, flujo espiratorio pico o "peak flow", volúmenes pulmonares, presiones respiratorias máximas, transferencia de monóxido de carbono, gasometría arterial, prueba de la marcha de los 6 min y desaturación con ejercicio y ergoespirometría.

De todas ellas, cabe destacar la espirometría por su alto valor diagnóstico y accesibilidad dentro del campo de la Atención Primaria. Tal es así, que su requerimiento para el diagnóstico de enfermedades como asma y EPOC, según las últimas guías especializadas (GEMA 4.2 y GesEPOC), precisan de dicha prueba para su diagnóstico de certeza.

En el caso de la espirometría, sería muy importante tener una sistemática de lectura, que iría desde la valoración de si la curva es válida y reproducible, hasta la valoración de la existencia de obstrucción o restricción y grado de afectación. Para el resto de las pruebas, habría que valorar los diferentes casos en los que se requeriría su aplicación, así como su interpretación.

Por todo ello, resulta de importancia capital, que todo profesional sanitario conozca tanto las indicaciones de dichas pruebas funcionales, así como la realización e interpretación de las mismas; con ánimo de poder alcanzar diagnósticos precisos, y por ende, un tratamiento lo más idóneo posible para los pacientes a los que va destinado.

#### Agudización de ASMA

##### Ponente:

##### Dra. D<sup>a</sup>. María de la Paz Fernández Lara

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

En este taller, a través de un caso clínico profundizaremos sobre el diagnóstico adecuado y tratamiento de la agudización de asma. Como sabemos el asma es un síndrome crónico, prevalente y heterogéneo que afecta a personas de cualquier edad, raza o sexo. En nuestro centro de atención primaria podremos comprobar que es un motivo recurrente de consulta. Su expresión clínica varía desde síntomas muy ligeros, que prácticamente no repercuten sobre ninguna actividad de la vida, hasta síntomas constantes e incapacitantes que la pueden amenazar. La exacerbación asmática es un episodio agudo o subagudo que se caracteriza por un aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos (disnea, tos, sibilancias y opresión torácica), junto con una disminución de los flujos espiratorios (FEV1 o PEF). La evaluación de cualquier exacerbación de asma debe incluir la identificación de signos y antecedentes de crisis de riesgo vital y la utilización

de medidas objetivas para cuantificar el grado de obstrucción al flujo aéreo (evaluación estática). Repasaremos como tratar la agudización asmática según la gravedad de esta. En pacientes con una crisis asmática se recomienda considerar la respuesta terapéutica inicial de la obstrucción al flujo aéreo para valorar la conducta a seguir (evaluación dinámica). Es necesario iniciar el tratamiento con agonistas  $\beta_2$ -adrenérgicos de acción corta y corticoides orales. En las crisis asmáticas se recomienda el tratamiento con fármacos agonistas  $\beta_2$ -adrenérgicos de inicio rápido y acción corta (SABA). En la exacerbación moderada-grave se recomienda administrar precozmente glucocorticoides sistémicos y oxígeno a la mínima concentración que permita una  $\text{SaO}_2 > 90\%$ . Ante una mejoría clínica y objetiva de la exacerbación, decidiremos el alta hospitalaria realizándose antes un plan educativo mínimo que incluya la comprobación de la técnica de inhalación, la administración de un Plan de Acción por escrito y considerar una evaluación de la respuesta al tratamiento a las 48 horas.

#### Agudización de EPOC

##### Ponente:

##### Dr. D. Miguel Gutiérrez Jansen

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### Auscultación cardiorrespiratoria: interpretación de los diferentes sonidos

##### Ponente:

##### Dra. D<sup>a</sup>. Milagros González Béjar

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de trabajo de Atención a la Mujer y Respiratorio de SEMERGEN.

#### Urgencias neumológicas.

##### Ponentes:

##### Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández

Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La disnea aguda es una causa frecuente de consulta tanto en los servicios de urgencias extrahospitalarios como en los hospitalarios.

Es un síntoma, una sensación subjetiva del paciente; se trata de una respiración dificultosa, con la percepción de mayor trabajo respiratorio, que puede instaurarse de forma brusca o a lo largo de días. Puede ser continua o intermitente, aparecer en reposo, tras un esfuerzo, en decúbito (ortopnea), en decúbito lateral (trepopnea) o en posición vertical (platipnea).

El objetivo principal de la valoración clínica inicial al paciente con disnea aguda es reconocer los signos y síntomas de insuficiencia respiratoria y/o inestabilidad hemodinámica. Para ello, se realiza una anamnesis adecuada y una exploración física exhaustiva.

##### Signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica

- Síncope
- Hipertensión o hipotensión arteriales
- Síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, sudoración)
- Signos de insuficiencia respiratoria (taquipnea, taquicardia, cianosis, estridor, tiraje intercostal o supraclavicular, uso musculatura accesoria)
- Pulso arrítmico
- Signos bajo gasto cardiaco

Si el paciente con disnea presenta algún síntoma o signo de inestabilidad hemodinámica, hay que descartar la presencia de determinadas entidades que pueden condicionar la vida del paciente sin un rápido diagnóstico y un tratamiento adecuado.

Estas entidades clínicas son:

- Síndrome del distrés respiratorio del adulto
- Tromboembolia pulmonar
- Neumotórax a tensión.
- Edema agudo de pulmón.
- Volet costal.

Tras descartar la existencia la inestabilidad hemodinámica se realiza diagnóstico sintomático basado en la identificación de los siguientes perfiles de disnea:

#### • Respiratoria

- \* Obstrucción de la vía aérea extratorácica o intratorácica (EPOC, asma).
- \* Enfermedades parenquimatosas (atelectasia, neumonía)
- \* Enfermedad pleural (neumotórax, derrame pleural)
- \* Enfermedad pulmonar vascular oclusiva (tromboembolismo pulmonar)

#### • Cardiocirculatoria

- \* Edema agudo de pulmón, anemia

#### • Neuromuscular

#### • Acidosis metabólica

#### • Mecánica

- \* Traumatismo/fractura costal

#### • Psíquica

Las pruebas complementarias que se solicitan tienen como fin detectar la insuficiencia respiratoria y confirmar o descartar el diagnóstico sintomático.

El tratamiento de la disnea engloba dos aspectos que se abordan de forma simultánea:

1. Revertir la situación de insuficiencia respiratoria y/o inestabilidad hemodinámica.
2. Tratar la enfermedad causante.

#### Bibliografía:

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación (5ª edición). 2015;232-35.

#### Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Pinel Monge

Médico de Familia. Centro de Salud La Habana-Cuba. Vitoria-Gasteiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de Semergen.

En la segunda parte del taller trataremos de la agudización en asma y neumonías.

Las agudizaciones, exacerbaciones ataques o crisis de asma son episodios de empeoramiento de la situación basal del paciente que requieren modificaciones en el tratamiento.

En el taller explicaremos a través de un caso clínico la valoración de gravedad, criterios de ingreso hospitalario, factores de asma de riesgo vital y tratamiento.

Con respecto la neumonía recordar que en el año 2016 fallecieron en España un total de 9320 personas (4090 hombres y 5220 mujeres).

A través también de un caso clínico repasaremos la etiología, clínica, diagnóstico, escalas de gravedad y tratamiento.

## Radiografía de tórax.

#### Ponente:

#### Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo

Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La Medicina de Familia es cada vez más amplia en sus cometidos, teniendo el médico que adaptarse a nuevas tecnologías y técnicas diagnósticas que ponen a prueba su capacidad diagnóstica y son un reto para su quehacer diario y para los miembros de las Sociedades Científicas en el contexto actual de formación continuada y en busca de la excelencia en nuestras consultas.

Son numerosos los campos que el médico de familia ha de abarcar en su camino, pero hay exploraciones de uso cercano y de utilidad indiscutible que, o bien por falta de iniciativa o por falta de formación, han ido sustituyendo la actividad diagnóstica de nuestro colectivo a favor de la atención hospitalaria, cuando son exploraciones ambulatorias que no precisan de ingreso ni informe de especialista si el médico de familia sabe afrontarlas.

Entre estas últimas se incluye el campo de la radiología diagnóstica y la base de esta se sitúa indefectiblemente en la radiología convencional, exploración más que asequible a la Atención Primaria (AP) y que debemos mantener y relanzar en nuestras consultas.

Afortunadamente hay centros de AP que cuentan con zonas habilitadas para la radiología convencional en nuestro país, pero son los menos. Por ello debemos mantener actualizados nuestros conocimientos en esta materia.

Desde el Grupo de Trabajo en Respiratorio de SEMERGEN apostamos por la mejora continua de la capacitación profesional de la AP, para alcanzar unos estándares de calidad que demanda nuestra Sociedad, actitud proactiva que se extiende a la radiología torácica.

En estas Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN presentamos un Taller de carácter presencial en Radiología de Tórax haciendo hincapié en la lectura sistematizada de la imagen radiográfica y donde va a primar la visualización de múltiples imágenes normales y patológicas. El carácter presencial de este taller va a permitir una interacción constante con los discentes con el fin de contribuir a la resolución de las cuestiones planteadas.

No olvidaremos diferenciar entre patología y benignidad, abor dando cuándo solicitar una radiografía de urgencia y cuándo una programada, con lo que esto supondrá de agilización de nuestras consultas y aumentará la capacidad resolutoria en nuestro día a día.

La experiencia nos dice que los cursos sobre radiología convencional de tórax son ampliamente demandados y seguidos por los asistentes a Congresos y Jornadas previos de SEMERGEN, esto nos empuja y anima a continuar la labor formativa y nos hace esperar el día del Taller con ansiedad, para compartir con todos los asistentes los retos diagnósticos que este campo ofrece.

#### Bibliografía

1. Pruebas diagnósticas en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; 169-181.
2. Córdoba R, Lou S. Métodos diagnósticos en la consulta del médico de familia. Barcelona: Doyma, 1994.
3. Graffelman AW, Le Cessie S, van den Broek PJ y colaboradores. Can History and Exam Alone Reliably Predict Pneumonia? Journal of Family Practice 56(6):465-470, Jun 2007
4. Cabedo García VR, Cantos Escudero R, Corbella y Jané A, Saturno PJ. Evaluación de la calidad en la solicitud de radiología de tórax en patología crónica en un centro de salud. Aten Primaria. 1994;13:80-4
5. Delgado Nicolás MA, Peces Morate FJ. Análisis de la utilización de la radiología en atención primaria. Aten Primaria. 1996;17:52-6.
6. Bergus GR, Franken EA Jr, Koch TJ, et al. Radiologic interpretation by family physicians in an office practice setting. J Fam Pract. 1995;41:352-6.
7. Introduction to Thoracic Radiology Dr. LeeAnn Pack. Dipl. ACVR. www.monografias.com
8. Principio de Radiología torácica. Felson. McGraw-Hill, Interamericana. 1-89pag.
9. Fundamentos de radiología. Frank. Interamericana. 1-63 pag.

## Terapia inhalatoria.

Patrocinado por: Laboratorios Teva

#### Ponentes:

#### Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardeaux Chadburn

Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados**

*Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

Los inhaladores para el asma y EPOC son dispositivos portátiles que administran medicamentos directamente en los pulmones. Disponemos de una variedad de inhaladores que nos ayudan a controlar los síntomas. Elegir el correcto puede ayudarte a recibir la dosis adecuada de medicamento que mejore el control tanto en el asma como en la EPOC.

Estos inhaladores presurizados están compuestos por un cartucho que contiene el medicamento que libera al presionar el cartucho y otros que liberan el medicamento en forma automática cuando inhalas. Algunos tienen contadores para que sepas cuántas dosis quedan. En caso de no tener contador, deberás llevar un registro de la cantidad de dosis que han usado y suelen ser los de rescate.

En algunas situaciones, como en el caso de niños o de adultos mayores, puede ser útil usar un espaciador con el inhalador. El espaciador conserva el medicamento en un tubo entre el inhalador y la boca tras ser liberado y, de este modo, resulta más sencillo inhalar la dosis completa, tienen tiempo para inhalar más lento y así reducir la cantidad de medicamento que queda en la parte posterior de la garganta y aumentan la cantidad que llega a los pulmones. Hay un tipo de inhalador que tiene un espaciador integrado.

**Inhalador de dosis medida** Pequeño y práctico para llevar. No requiere una inhalación rápida y profunda. No hay problema si exhalas accidentalmente. Algunos inhaladores requieren la coordinación de la respiración con la liberación del medicamento. Pueden quedar restos de medicamento en la parte de atrás de la garganta y la lengua. Algunos modelos no indican cuántas dosis quedan. Requiere agitar y cebar el inhalador. La humedad no afecta al medicamento. En general no es necesario usar un dispositivo dosificador.

**Inhalador de dosis medida con espaciador** Menos práctico para llevar que un inhalador de dosis medida sin espaciador. No requiere una inhalación rápida y profunda. No hay problema si exhalas accidentalmente. Un espaciador facilita la coordinación de la respiración con la liberación del medicamento. Quedan menos restos de medicamento en la parte de atrás de la garganta y la lengua. Algunos modelos no indican cuántas dosis quedan. Requiere agitar y cebar el inhalador así como el uso correcto del espaciador. La humedad no afecta al medicamento. En general no es necesario usar un dispositivo dosificador.

**Inhalador de polvo seco** Pequeño y práctico para llevar. Requiere una inhalación rápida y profunda. Si exhalas accidentalmente puedes dispersar el medicamento. No requiere la coordinación de la respiración con la liberación del medicamento. Pueden quedar restos de medicamento en la parte de atrás de la garganta y la lengua. Queda claro cuándo el dispositivo se está quedando sin medicamento. Los modelos de dosis única requieren la carga de cápsulas para cada uso. Mucha humedad puede provocar que el medicamento se aglomere. Puede requerir destreza para usar un dispositivo dosificador.

**Adherencia a los inhaladores**

Muchos pacientes con EPOC o asma tratados con inhaladores suelen acabar usando de forma errónea los productos indicados por sus prescriptores sanitarios, como resultado, se pone en riesgo la eficacia del tratamiento y, por lo tanto, la mejora de la afección. La aplicación de TAI, Test de Adhesión a los Inhaladores, pone a disposición de los pacientes y profesionales sanitarios un instrumento útil para la toma de decisiones clínicas y poder profundizar en los motivos de la falta de adhesión. El test proporciona información de gran valor, que permite trazar líneas de asistencia personalizada, a través de medidas correctoras específicas, en función de los resultados de los cuestionarios de cada paciente, mejorando así la eficacia del inhalador.

El TAI ofrece una medida fiable de la adhesión del paciente, lo forman dos cuestionarios complementarios se compone de:

- 10 ítems autoaplicados permite identificar a un paciente con poca adhesión y su tipo de intensidad en el tratamiento.

- 2 ítems adicionales para el profesional que ayudan a orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento.

El TAI usado a medio y largo plazo ayuda a pacientes y profesionales sanitarios a llegar a un correcto entendimiento de la forma de uso del tratamiento.

**Taller Práctico de EPOC.****Sala Ronda****Ponentes:****Dr. D. Bartolome Leal Correa**

*Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

**Dr. D. Alexandre Bassa Massanas**

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. PAM-EM. Barcelona.*

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), por su gran morbimortalidad, prevalencia y costes socioeconómicos merece ser considerada como una gran epidemia mundial. Su infradiagnóstico en la población susceptible, y el gran aumento que se prevé en las mujeres hacen que debamos ser conscientes de su realidad. Asimismo sus comorbilidades, enfermedades que coexisten con la EPOC, complicándola o limitando aún más la calidad de vida de los pacientes hacen que desde la medicina de familia seamos más susceptibles a su diagnóstico precoz, y, en especial a su prevención, dado que en nuestro medio el hábito tabáquico es muy prevalente y causa principal en la etiología de la EPOC.

Igualmente las recientes actualizaciones de la "Guía" GOLD y GESEPOC, suponen un empuje para la puesta en valor de lo referido en ambas, que permita un manejo más adecuado de ésta patología en nuestras consultas diarias.

**Pruebas funcionales y otras en Atención Primaria.****Sala Alcazaba****Ponentes:****Dr. D. José Hernández Úrculo**

*Médico de Familia. Cabezón de la Sal. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Viejo Casas**

*Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña Cayon. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

La patología respiratoria es una de las más frecuentes en nuestras consultas de Atención Primaria, siendo el asma y la EPOC las que tienen una mayor prevalencia, producen más patología y por tanto visitas al médico. A pesar de ello, existe un infradiagnóstico importante de ambas enfermedades y es por ello muy importante el saber diagnosticarlas utilizando las múltiples herramientas de las que disponemos. Un diagnóstico temprano nos permite actuar muchas veces en los inicios de la enfermedad entendiendo su evolución y por tanto consiguiendo un mejor pronóstico.

Disponemos de múltiples pruebas para medir la función respiratoria en Atención Primaria y queremos destacar las siguientes:

**• MEDIDOR DE PICO DE FLUJO ( PEAK FLOW METER)**

Mide el Flujo Espiratorio Máximo (FEM) o mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. Se mide en litros/ minuto o como porcentaje de su valor de referencia. Mide obstrucción de las vías aéreas de gran calibre y por lo tanto no es apto para EPOC. Es útil en diagnóstico, seguimiento y valoración del asma.

**• Dispositivo COPD6**

Muestra parámetros clave para la interpretación clínica. Incluye índice obstructivo y clasificación de la EPOC (etapa I a IV) según la clasificación GOLD. Informa de la FEV1, FEV6, FEV1/FEV6, su relación y porcentaje respecto a los valores de referencia, índice obstructivo, clasificación de la EPOC y Edad Pulmonar.

Identifica a aquellas personas que poseen riesgo de EPOC en una etapa presintomática.

#### • ESPIROMETRÍA

La espirometría es una prueba funcional respiratoria básica e imprescindible en patología respiratoria, es la exploración básica de la función pulmonar. Mide la magnitud de los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados (flujos aéreos). Es fácil de realizar pero requiere de una gran colaboración por parte del paciente.

Hay dos tipos de espirometría: simple y forzada. La espirometría simple mide los volúmenes pulmonares estáticos.

#### • INDICACIONES

1. Es imprescindible para el diagnóstico de pacientes con asma, EPOC y otras enfermedades respiratorias
2. Necesaria para el seguimiento clínico y terapéutico de dichas enfermedades
3. Evaluación de la función pulmonar ante la presencia de síntomas respiratorios o signos de enfermedad
4. Cribado en pacientes con riesgo de padecer enfermedades respiratorias: tabaco, exposición a agentes ocupacionales, procesos alérgicos, etc.)
5. Cuantificación de una alteración conocida de la función pulmonar y valoración de evolución con/sin intervención terapéutica clínica o/y quirúrgica.
6. Estudios epidemiológicos que incluyan patología respiratoria
7. Evaluar riesgo de procedimientos quirúrgicos
8. Valorar solicitudes de incapacidad profesional u otras evaluaciones médico-legales
9. Evaluar la respuesta a fármacos o en ensayos clínicos farmacológicos

#### Parámetros que se registran y evalúan en una espirometría forzada

**FEV1 (VEMS):** volumen espiratorio máximo realizado en un segundo

**CVF:** capacidad vital forzada: Es la cantidad de aire que puede ser expulsado a partir de una máxima insuflación

**FEV1/FVC:** porcentaje que representa el FEV1 sobre la capacidad vital forzada (FVC)

**FEF25-75%:** flujo producido en el 50% central de la espiración

#### Patrones espirométricos:

- Patrón obstructivo
  - \* **FVC:** normal o disminuido
  - \* **FEV<sub>1</sub>:** normal o disminuido (< 80%)
  - \* **FEV<sub>1</sub> / FVC:** <70%
  - \* **FEF<sub>25-75%</sub>:** < 60%
- Patrón no obstructivo (restrictivo)
  - \* **FVC:** < 80%
  - \* **FEV<sub>1</sub>:** normal o disminuido
  - \* **FEV<sub>1</sub> / FVC:** > 85 %
  - \* **FEF<sub>25-75%</sub>:** normal o disminuido
- Patrón mixto
  - \* **FVC, FEV<sub>1</sub> y FEV<sub>1</sub>/FVC** están disminuidos

#### Prueba broncodilatadora

Es imprescindible para llegar al diagnóstico de EPOC o de asma. Pone de manifiesto la posible existencia de reversibilidad de la obstrucción bronquial.

## Eduquemos a nuestros asmáticos.

### Sala Mijas

#### Moderador:

**Dr. D. Juan Carlos López Caro**

*Médico de Familia. Centro de Salud Cotofino. Castro Urdiales. Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

#### Ponente:

**Dr. D. José María Ignacio García**

*Neumólogo. Jefe de Servicio Neumología Clínica Quirón. Marbella.*

El taller se desarrollará en la sala Mijas de 09:00 a 10:15h y estará moderada por el Dr. López Caro, médico de familia del C. de S. Cotofino de Castro Urdiales y desarrollado por el Dr. D. José María Ignacio García, neumólogo, jefe del servicio de neumología de la clínica Quirón de Marbella y especialista en los aspectos educativos de la actividad asistencial tanto para profesionales como para los pacientes.

Pretendemos que dicho taller sea eminentemente práctico, donde los asistentes sean los verdaderos protagonistas de la actividad.

Constará de dos partes. Una primera parte de unos 20 minutos, que será teórica, donde se expondrán los conocimientos, herramientas y habilidades en el campo de la educación en salud tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. En una segunda parte, de unos 45 minutos, será fundamentalmente práctica, donde se establecerán diferentes grupos de trabajo y cada grupo analizará los diferentes obstáculos y las dificultades que tienen en la práctica diaria en lo respectivo a la educación en salud. Posteriormente, cada grupo también analizará las posibles soluciones y acciones que se pueden llevar a cabo para resolver y superar dichos obstáculos y dificultades.

Los últimos 10 minutos del taller se dedicarán a resumir y elaborar un listado de las principales dificultades y obstáculos percibidos por los profesionales así como de las soluciones o acciones a llevar a cabo para superar dichas dificultades y poder mejorar así la educación en salud de nuestros pacientes, lo que supondría una mejora en la adherencia a los tratamientos, de la calidad de vida y un mejor control de las diferentes patologías de los pacientes.

## Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI).

#### Moderador:

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Aicart Bort**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Rafalafena. Castellón. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y de Tutores de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Dirección Agencia de Formación. Área Tutores/Socios.*

#### Ponente:

**Dr. D<sup>a</sup>. Ana Dolores Romero Ortíz**

*Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.*

Para que el Neumólogo pueda hacer un diagnóstico precoz de FPI es fundamental la colaboración del MAP, jugando este un papel esencial en la sospecha diagnóstica de esta enfermedad.

¿Por qué el neumólogo tiene tanto interés en que el MAP conozca esta enfermedad?

Hasta hace una década no existía ningún tratamiento para esta enfermedad, pero en Mayo del 2014, se publican los estudios con dos antifibróticos (Pirfenidona y Nintedanib) donde se demuestra la seguridad y efectividad de estos dos medicamentos, al reducir la progresión de la enfermedad y es por lo que la disponibilidad de estos tratamientos antifibróticos, hacen que tengamos que hacer el diagnóstico lo más preciso y temprano para poder preservar la función pulmonar de estos pacientes.

Para que el MAP pueda sospechar la enfermedad, tiene que conocer la enfermedad, siendo esta la Neumopatía Intersticial idiopática más frecuente, y saber cuál es el perfil del paciente en el que tienen que sospechar esta enfermedad, como el ser

varón de más de 60 años, fumador o exfumador, con disnea que insidiosamente progresa sin una causa conocida y a la auscultación respiratoria se identifican los sonidos característicos los crepitantes tipo velcros, (son sonidos caracterizados como despegar un velcro) y estos deben ser considerados como una ALERTA para hacer el DIAGNOSTICO PRECOZ de FPI y derivar al paciente a la Consulta de Intersticio o a la consulta de Neumología lo antes posible. Por tanto, es fundamental que el MAP conozca estos sonidos y los identifique como asociados a una posible FPI.

Por tanto, el MAP es el eslabón primario en esta cadena para que los neumólogos podamos hacer un diagnóstico precoz de FPI y que estos pacientes se puedan beneficiar de los efectos derivados del uso de los antifibróticos.

Para ello es necesario conocer:

1. Las características clínica de estos pacientes: cuyos síntomas como la disnea y la tos son comunes a otras enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes (EPOC, asma)
2. La auscultación respiratoria típica que nos hace sospechar esta enfermedad: los "crepitantes velcros", resaltando la importancia de usar el Fonendoscopio, para poder identificar estos sonidos.
3. Las pruebas elementales que nos ayudan a sospechar esta enfermedad, para poder hacer un diagnóstico precoz y asequibles a todo MAP:

Papel de la radiología simple: en la que evidenciamos un patrón reticular

Papel de la espirometría forzada en EPID: en la que se presenta un síndrome ventilatorio restrictivo

Cuando el MAP sospecha que está ante un paciente con una posible EPID/FPI debe de derivarlo cuanto antes al neumólogo, ya que en estos pacientes con FPI, cuanto más se retrase el acceso a la atención primaria mayor riesgo de mortalidad en estos pacientes.

## Cero tolerancia a los ataques de asma. ¿Cómo podemos participar en el cambio?

Patrocinado por: Astrazeneca

### ¿Están nuestros pacientes asmáticos descontrolados? ¿Cómo controlarlos?

#### Ponente:

**Dr. D. Luis Manuel Entrenas Costa**

*Facultativo especialista de Neumología. Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

### Experiencias de la práctica clínica

#### Ponente:

**Dr. D. Pablo Panero Hidalgo**

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

El asma es una patología respiratoria prevalente con una mortalidad aun elevada. Si bien disponemos en la actualidad de un arsenal terapéutico muy variado y adecuado, así como de múltiples dispositivos de inhalación donde elegir según las características del paciente, sigue siendo una patología que no está controlada.

Datos recientes apuntan a que más del 50% de los asmáticos están mal controlados, y que ese mal control se relaciona directamente con la gravedad del asma (aunque está presente en todos los estadios de la enfermedad) y la complejidad del tratamiento utilizado.

Las causas del mal control son atribuibles tanto a médicos como a pacientes, son diversas, y en muchas ocasiones tienen que ver con percepciones, expectativas o actitudes.

Entre ellas podríamos citar, entre otras, la falta de adherencia, el uso incorrecto de los inhaladores, el escaso seguimiento de las guías y el tratamiento insuficiente de la inflamación.

El taller pretende, mediante la presentación de un caso clínico, debatir y reflexionar sobre el manejo actual del asma en Atención Primaria, ofreciendo un espacio que sirva de reflexión y debate entre los asistentes, para ofrecer posibles soluciones que permitan a los pacientes asmáticos controlar mejor sus síntomas y disminuir las exacerbaciones y, en última instancia, llevar una vida cotidiana con un impacto mínimo o inexistente de su enfermedad.

## Terapias respiratorias domiciliarias.

### Sala Alcazaba

#### Ponentes:

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Naval Moral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Mercedes Martín Romero**

*Facultativo especialista de Neumología. Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.*

El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es un importante problema de salud, actualmente infradiagnosticado e insuficientemente tratado en nuestro País. Afecta, como mínimo, al 25% de la población adulta y al 6% de los niños. Su prevalencia va en aumento y se calcula que el diagnóstico de personas con apnea de sueño crecerá en España un 4,2% en los próximos diez años. En 2026 será la enfermedad respiratoria más importante, según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Esto es debido en parte a una mayor sensibilidad hacia esta patología por parte de otras especialidades médicas y muy concretamente de Atención Primaria, pero también a una mayor demanda de los pacientes y a un aumento entre la población de sus principales factores de riesgo: la edad avanzada y la obesidad. El paciente tipo suele ser un varón con sobrepeso, roncador y mayor de 65 años. Aunque también afecta a mujeres, especialmente tras la menopausia y a individuos sin sobrepeso. EL SAHS se caracteriza por la repetida obstrucción de las vías respiratorias debidas al colapso de la vía aérea superior durante el sueño, impidiendo el paso del aire por el cierre de la vía respiratoria. Se produce por la debilidad o excesiva relajación de la musculatura, por alteraciones anatómicas, factores hereditarios u otras causas desconocidas. Esta obstrucción provoca paradas respiratorias que pueden durar entre unos pocos segundos y varios minutos, tras los que la respiración recupera la normalidad, apareciendo un ronquido fuerte o con un sonido gutural que puede incluso despertar a persona afectada, lo que impide que el sueño ejerza su función reparadora. Las consecuencias de la apnea del sueño pueden dividirse en dos grandes áreas. Por un lado, los efectos derivados de la hipoxia secundaria a las apneas y que diferentes estudio relacionan con enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, la trombosis cerebral, la cardiopatía isquémica y más recientemente, incluso se está valorando la asociación con cáncer. Por otro lado, la fragmentación del sueño y los efectos de la falta de un sueño reparador hacen que las personas que padecen apnea del sueño sientan somnolencia diurna, cansancio, fatiga, pérdida de concentración, apatía e irritabilidad, y como consecuencia mayor siniestralidad laboral o de accidentes laborales o de tráfico. En todos los casos se recomienda que se adopten una serie de medidas generales y hábitos saludables como una dieta equilibrada, evitar el sobrepeso, hacer ejercicio físico de forma regular, intentar no dormir boca arriba, abandonar el tabaco, evitar el alcohol (especialmente antes de dormir), evitar psicofármacos que faciliten el colapso y alteran la calidad de sueño. Actualmente disponemos de tratamientos muy eficaces para controlar tanto los síntomas como las consecuencias negativas de esta patología, tales como la CPAP, que introduce en la vía aérea aire con Presión Positiva de Aire Continuo, que evita su colapso y mantiene abierta las vías respiratorias, evitando sus consecuencias, así como los Dispositivos de Avance Mandibular (DAM), que aumentan el área y el espacio de la vía aérea, evitando su colapso. Dentro de las terapias respiratorias domiciliarias, además de la CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), comentada previamente, disponemos de la Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD), la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) y la Aerosolterapia. La OCD, consiste en

el uso terapéutico del oxígeno a domicilio, por vía inhalatoria (administración de aire enriquecido con oxígeno, a una concentración mayor, a la que se encuentra en el medio ambiente, con la intención de tratar o prevenir las manifestaciones de la hipoxia). Tiene indicación, en la insuficiencia respiratoria crónica, sobre todo en contexto de EPOC, que constituye/en un grave problema de salud pública por su elevada prevalencia, su gran morbilidad, elevado consumo de recursos sanitarios y altas tasas de mortalidad. La elección de la fuente de oxígeno, se deberá realizar por criterios técnicos, de comodidad y adaptabilidad del paciente además de su coste. Se debe ajustar el flujo, así como prescribir las horas necesarias de uso, para conseguir una adecuada corrección de la hipoxemia. Debe realizarse cuando la enfermedad está en fase estable, en pacientes en que, a pesar del tratamiento farmacológico correcto y completo, presentan hipoxemia crónica en reposo (gasometría arterial). Su objetivo es mantener una presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO<sub>2</sub>) ≥ 60mm Hg, en situación de reposo y a nivel del mar, o una saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) ≥ 90%. Los dispositivos de suministro pueden ser fijos o portátiles. La VMNI, estaría indicada, en, al menos, una de las siguientes características:

1. Acidosis respiratoria (PH ≤7,35), con hipercapnia (paCO<sub>2</sub> >45 mmHg), sin respuesta al tratamiento inicial.
2. Disnea grave, con uso de musculatura accesoria y respiración abdominal paradójica.
3. Hipoxemia persistente a pesar de la oxigenoterapia.

Tipos de VMNI:

- **VMNI volumétrica (limitada por volumen):** se selecciona el “**volumen**” que se proporciona al paciente en cada ciclo ventilatorio. Indicada en pacientes con distensibilidad tóraco-pulmonar muy comprometida (alteraciones en la caja torácica).
- **VMNI limitada por presión:** se selecciona el “**nivel de presión**” durante la inspiración (IPAP) y el de la espiración (EPAP). Su diferencia (presión de soporte), es la que determina el grado de ayuda que se proporciona al paciente en cada ciclo ventilatorio. Es de elección, en los casos de insuficiencia respiratoria aguda tributarios de VMNI (al ser mejor tolerada).
- También podemos usar la VMNI, de modo **paliativo**, en pacientes que han expresado su **deseo de no ser intubados** o en los que **no sean candidatos a intubación**, por sus condiciones clínicas, con dos opciones:
- **Como soporte ventilatorio** mientras se resuelve un proceso agudo.

**Como tratamiento paliativo** para aliviar la disnea o prolongar brevemente la vida del paciente (mientras se toman decisiones o se resuelven problemas personales), aunque, deberán tenerse en cuenta, siempre, en ambos casos, las molestias propias de la VMNI y el riesgo de prolongar la agonía. En cuanto a la Aerosolterapia, su objetivo sería la administración de medicamentos por vía inhalada mediante dispositivos que consigan depositar la mayor cantidad de fármaco en la vía aérea y estaría indicada en:

- Pacientes **incapaces de usar ninguno de los dispositivos inhaladores** que existen para tomar su medicación.
- Necesidad de administrar **fármacos** por vía inhalada **no disponibles en otros sistemas de inhalación** (fibrosis quística, VIH,...).
- Pacientes con **frecuentes agudizaciones severas** que comprometen su capacidad de usar inhaladores en el momento de la crisis.
- Pacientes **no controlados** con la medicación habitual con inhaladores.

En cuanto a los fármacos, su inhalación dependería del sistema de inhalación, la cantidad de aerosol producida, las características del aerosol (tamaño de las partículas), el flujo inspiratorio del paciente, las características anatómicas de la vía aérea y la existencia o no de factores patológicos. Hay varios dispositivos de nebulización: **Neumáticos o tipo Jet** (útil para la mayoría de los fármacos y en pacientes con EPOC). Ultrasónicos (con mejor homogenización de las partículas y producción de más aerosol,

pero más caros y no útiles con soluciones viscosas -corticoides-). De Membrana (usados para nebulización de antibióticos, son de reducido tamaño y algunos activados por inspiración, pero tienen un precio elevado).

## Viajes y aparato respiratorio.

### Sala Mijas

#### Ponentes:

##### Dr. D. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

*Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

##### Dr. D. Leopoldo García Méndez

*Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

En el momento actual tanto el aumento del turismo a nivel internacional así como los diferentes tipos de emigración han hecho que el paradigma de la transmisión de enfermedades infecciosas cambie por completo.

Las enfermedades respiratorias ocupan un papel importante en este nuevo escenario en el que nos encontramos debido a su gran frecuencia y a que normalmente su transmisión resulta más fácil.

El síndrome respiratorio es el 4º motivo de consulta de los paciente procedentes de viajes internacionales, ocupan entre el 7-15% de la demanda del viajero y probablemente este dato se encuentre infraestimado.

Dependiendo del tipo de viaje el paciente se expone a diferentes factores que debemos tener en cuenta como animales, aguas estancadas, cuevas ...

Hay diferentes virus y bacterias que provocan patología respiratoria en los viajeros como son la gripe, la gripe aviar, el virus SAR-CoV, Middle East respiratory syndrome coronavirus MERS-CoV, el síndrome pulmonar por hantavirus sin poder olvidar la tuberculosis. Cada una de estas enfermedades se ha propagado de manera diferente utilizando distintos mecanismos que están presentes actualmente en este mundo globalizado.

Los virus de la gripe A y B son los más importantes. El virus C es mucho menos frecuente, razón por la que no se incluye en las vacunas estacionales. En caso de año en el que se determine pandemia de gripe habrá que valorar la vacunación general así como la profilaxis con oseltamivir (75 mg cada 24h) durante el periodo de exposición y prolongar durante 7-10 días.

En relación a los viajes no podemos olvidar a los pacientes con patología respiratoria crónica como pueden ser la EPOC, el asma y la fibrosis quística. Para viajar en avión debemos tener en cuenta la patología y la situación basal de paciente para que se puedan realizar recomendaciones adecuadas en torno a oxigenoterapia.

## EPOC en Atención Primaria.

### Sala Marbella

#### Ponentes:

##### Dra. D<sup>a</sup>. María Eulalia Esquerra Tuñí

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. PAM-EM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

##### Dra. D<sup>a</sup>. María Isabel Maranges Comella

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. PAM-EM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

En nuestro taller abordamos de forma práctica la EPOC des de nuestras consultas de primaria.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta una gran heterogeneidad clínica, por lo que su tratamiento se debe individualizar según el nivel de riesgo y el fenotipo. La última actualización realizada en el 2017 ha sustituido la clasifica-

ción inicial del 2012, por una clasificación de riesgo mucho más sencilla (bajo o alto), según la función pulmonar, el grado de disnea, y la historia de agudizaciones. Sólo se recomienda el fenotipo clínico en los pacientes de alto riesgo. La base del tratamiento farmacológico de la EPOC es la broncodilatación, y también es el único tratamiento recomendado en pacientes de bajo riesgo. En los pacientes con alto riesgo se añadirán diversos fármacos a los broncodilatadores según el fenotipo clínico

Consta de 3 partes:

1. Nos centramos en el tema: EPOC-definición, diagnóstico y estratificación del riesgo según la guía Gesepoc, tratamiento, gasto sanitario.
2. En segundo lugar hacemos una escenificación (ROL-Play): basada en una paciente real de nuestras consultas de primaria. Nos sirve para analizar su situación actual, en cuanto a la enfermedad, cumplimiento, revisar inhaladores y cambiar el tratamiento si es necesario.
3. Analizamos interactuando con los presentes en el taller, sobre la conveniencia y adecuación según el trabajo multidisciplinar, método DELPHI, publicado en revista CÔPD en setiembre del 2017.

## Tabaquismo.

### Sala Ronda

#### Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Milagros González Béjar**

*Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de trabajo de Atención a la Mujer y Respiratorio de SEMERGEN.*

**Dr. D. Delio Vázquez Mallada**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. Area del Bierzo. León. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN.*

El taller de tabaquismo pretende a través de casos clínicos ir formando en deshabituación tabáquica mediante técnica conductual individual, saber cómo iniciar y continuar la deshabituación tabáquica, preguntas para el abordaje de la misma.

Tratamientos de los que disponemos en la actualidad.

Nuevas forma de fumar: IQOS, cahimba, cigarro electrónico. ¿Sirve para la deshabituación tabáquica?

Es importante la instrucción en el manejo del paciente que quiere dejar de fumar así como la captación del que no quiere dejar de fumar y tiene una patología de base grave relacionada con el tabaco. ¿Cómo conseguirlo?

## PUESTAS AL DIA

### “Todo bien Doctor” ¿Nos quedamos sólo con esto?

*Patrocinado por: Laboratorios Esteve*

#### Moderador:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

*Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

### En EPOC ¿Nos estamos quedando cortos? ¿Podríamos hacer más?

#### Ponente:

**Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

*Médico de Familia. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

La disnea es uno de los síntomas fundamentales en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hasta el punto que es determinante dado la gran morbilidad que puede llegar a producir (alterando de forma significativa la calidad de vida del paciente) como su relación directa con el riesgo de mortalidad. La disnea tiene un origen multifactorial de origen físico, lo que unido a su posterior procesamiento cerebral e interpretación psicológica hace que sea un síntoma difícil de explorar pues para cada paciente su percepción y adaptación a la misma es muy idiosincrática. Por otra parte, a pesar de que las múltiples guías de práctica clínica consideran la importancia de su valoración en el diagnóstico y seguimiento del paciente con EPOC, lo cierto que éste en la práctica clínica habitual no se hace de forma tan sistemática, lo que conlleva en muchas ocasiones una control inadecuado de la enfermedad y un mal ajuste del tratamiento.

### Sexo y disnea en la EPOC, ¿pensamos en ello?

#### Ponente:

**Dra. D<sup>a</sup>. Olga Araujo Loperena**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Taragona.*

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además de las manifestaciones clínicas específicas, puede provocar la aparición de problemas sociales, emocionales, cognitivos y sexuales. Estas últimas alteraciones aparecen, generalmente, en estados avanzados de la enfermedad, especialmente cuando existe disnea en reposo. Así, por ejemplo, se ha observado que el deterioro de la función pulmonar está relacionado con una disfunción eréctil orgánica.

Actualmente, la disminución de la actividad sexual tiende a considerarse como resultado de diversas causas que interactúan entre sí. Por un lado, se ha demostrado que los pacientes con EPOC junto a hipoxemia tienen niveles más bajos de testosterona, y que los cambios en esta hormona se correlacionan con el grado de hipoxemia. Algunos Autores sugieren que la hipoxemia suprime el eje hipotalámico-pituitario-testicular. Además, la disnea de estos pacientes también puede contribuir a evitar el contacto sexual.

Por otra parte, las personas de edad avanzada suelen tener enfermedades acompañantes y generalmente toman ciertos fármacos, que pueden afectar el funcionamiento sexual.

También se debe tener en cuenta que parece existir una elevada incidencia de depresión en pacientes con EPOC, y que la depresión en sí misma puede disminuir los niveles de hormonas suprarrenales.

A todo ello se le une que esta alteración no se aborda en la práctica clínica diaria. Sin embargo, además de evaluar el funcionamiento sexual, es importante saber cómo los pacientes y sus cónyuges se enfrentan a los problemas sexuales que pueden tener y cómo estos problemas afectan a la relación del paciente y al grado de satisfacción con su cónyuge.

### Puesta al día en EPOC

*Patrocinado por: Boehringer-Ingelheim*

#### Moderador:

**Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**

*Médico de Familia. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. GAP León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.*

#### Ponentes:

**Dr. D. José Luis Velasco Garrido**

*Neumólogo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.*

La agudización o exacerbación se define como un episodio agudo de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y se caracteriza por un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios<sup>1</sup>. Una exacerbación de la EPOC es un empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios que requiere tratamiento adicional<sup>2</sup>. Las exacerbaciones pueden desencadenarse por varios factores. Las causas más frecuentes son las infecciones de las vías aéreas. En las principales guías de



tratamiento de la EPOC, aparece como objetivo la prevención y tratamiento de las exacerbaciones. 1, 2 Esto se debe a la implicación de las exacerbaciones en los pacientes con EPOC, ocasionando una menor calidad de vida, 3 menor supervivencia<sup>4</sup> y una pérdida acelerada de la función pulmonar. 5

Es importante esta consideración en la EPOC. De hecho, las guías, cuando establecen el tratamiento, consideran la gravedad y el número de las mismas para establecer diferentes pautas. En GOLD grupos C y D 1 GESEPOC las considera como un factor para la estratificación de riesgo y consideración del fenotipo agudizador. 2 Estas ocurren en todos los estados de gravedad de la EPOC, tanto si se registran como acontecimientos o como síntomas. 6 El estudio eclipse nos demostró que había unos pacientes EPOC frecuentemente exacerbadores y que la existencia de una exacerbación previa en el año era el factor predictivo más fuerte para exacerbaciones futuras. 7 El tratamiento farmacológico de los EPOC se inicia con un antagonista de los receptores muscarínicos de larga acción (LAMA), añadiendo un agonista beta adrenérgico de larga acción si no se controlan síntomas o aparecen exacerbaciones, dejando el corticoide inhalado para esos paciente que tiene múltiples exacerbaciones a pesar de la doble broncodilatación (LAMA+LABA). 1

En los últimos años han aparecido distintos LAMA y LABA, tanto en monoterapia como en combinación que aparecen como una alternativa a tiotropio, único LAMA durante años existente para tratar a la EPOC. Sin embargo no ha sido superado en prevención de exacerbaciones moderadas-graves por monoterapia o doble combinación (LAMA/LABA o LABA-CI) en distintos estudios. 8-14

Exceptuando un estudio 15 comparativo de doble broncodilatación de umeclidinio/vilanterol, versus tiotropio + indacaterol que no tuvo diferencias sobre eficacia con seguridad y tolerancia similares. Recientemente en un artículo<sup>16</sup> que revisa las distintas doble broncodilatación sobre sus monoterapias respectivas o sobre tiotropio, no alcanzan diferencias en la reducción de las exacerbaciones moderadas-severas sobre el tiotropio.

Recientemente se han conocido los datos del Dynagito, estudio comparativo de tiotropio/olodaterol versus tiotropio en reducción de las exacerbaciones moderadas -severas, con una reducción del 7% (RR0.93; 99% CI 0.85 to 1.02; p=0.0498). Cuando consideramos, el ajuste por múltiples covariables (post-hoc) utilizando modelos similares a lo de los estudios Spark y Flame, dio como resultado una reducción del 11% (RR0.89; 95% CI 0.84 to 0.96; p=0.0010).

#### Bibliografía

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org>
2. Miravittles M. et al. Arch Bronconeumol.2017;53(6):324-335
3. Spencer S. et al. Thorax 2003;58:589
4. Soler-Cataluña JJ et al. Thorax 2005;64:925-31
5. Donaldson GC et al. Thorax 2002; 67: 847-852
6. Hoogendoorn M, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2010; 5:435-444
7. Hurst JR, et al. N Engl J Med. 2010;363:1128-1138.
8. Decramer, M. et al. Lancet Respir Med 2014;2:427-486.
9. Anoro® Ellipta® Summary of Product Characteristics. GlaxoSmithKline.
10. Wedzicha, JA. et al. Lancet Respir Med 2013;1:199-209.
11. Wedzicha, JA. et al. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:19-26.
12. Vogelmeier, C. et al. N Engl J Med 2011;264:1093-1103.
13. Decramer, ML. et al. Lancet Respir Med 2013;1:524-533.
14. Halpin, DMG. et al. Respir Med. 2016; doi:10.1016/j.rmed.2016.02.012.
15. Kalberg C, O'Dell D, Galkin D, Newlands A, Fahy WA. Dual bronchodilator therapy with umeclidinium/vilanterol versus tiotropium plus indacaterol in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. Drugs R D. 2016;16(2):217-227.
16. Jose Luis Lopez-Campos et al international journal of COPD. 23 June 2017
17. Peter M A Calverley et al, lancet respir med 2018

#### Dr. D. Francisco Javier Ruíz Moruno

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Las evidencias y recomendaciones disponibles para el seguimiento de la EPOC nos marcan como objetivos obtener beneficios a corto plazo controlando la enfermedad pero también objetivos a largo plazo intentando reducir el riesgo de la misma. Para esto debemos centrarnos en reducir agudizaciones y también contro-

lar los síntomas evitando así el deterioro de la función pulmonar. Al fin y al cabo mejorar el pronóstico de pacientes con EPOC.

Debemos planificar el seguimiento de los pacientes en en todas las enfermedades crónicas y sin olvidar el abordaje del tabaquismo, pieza indispensable y prioritaria, evaluar clínicamente a los pacientes siguiendo las recomendaciones disponibles y con ello adecuar el tratamiento.

Los síntomas respiratorios y fundamentalmente el descenso del nivel de actividad física son claves muy importantes del comportamiento de la enfermedad, nos ayudan determinar la modificación de la intensidad del tratamiento y son los mejores indicadores de mal pronóstico de la enfermedad.

## MESAS DE ACTUALIDAD

### Nuevas evidencias en Asma y EPOC.

#### Salford Lung Study Asthma

##### Ponente:

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**

Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

### Umeclidinio/Vilanterol vs Tiotropio/ Olodaterol en la mejora de la función pulmonar en la EPOC

##### Ponente:

**Dr. D. Ricardo Ismael Aguilar Pérez Grovas**

Neumólogo. Hospital Quirónsalud. Marbella, Málaga.

La EPOC se caracteriza por una limitación al flujo aéreo debida a una disminución de la capacidad de la vía aérea a permanecer abierta durante la espiración. Por lo tanto, la base del tratamiento son los broncodilatadores, teniendo como objetivos la reducción de los síntomas y de los riesgos asociados a la enfermedad.

En los últimos años se han desarrollado inhaladores que contienen un LABA (Beta Agonista de Larga Duración) y un LAMA (Antimuscarínico de Larga Duración), llamados "Doble Broncodilatación", y que añaden ventajas terapéuticas en comparación con la monoterapia en los pacientes adecuados. La guía GOLD recomienda el tratamiento con doble broncodilatación en pacientes de los grupos B, C y D. Por su parte, la GesEPOC lo recomienda para los pacientes de riesgo alto, Fenotipos No Agudizador, No Agudizador con enfisema, Agudizador bronquitis crónica y en el Fenotipo mixto con corticoides inhalados como segunda línea.

Actualmente en España contamos con cuatro combinaciones de fármacos de doble broncodilatación: Indacaterol/Glicopirronio, Olodaterol/Tiotropio, Umeclidinio/Vilanterol y Acilidinio/Formoterol.

Bajo el concepto de que no todos los inhaladores son iguales, se creó el estudio denominado "Eficacia comparativa del tratamiento una vez al día con umeclidinio/vilanterol y tiotropio/olodaterol en pacientes sintomáticos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Estudio aleatorizado".

En el estudio se compara la eficacia de ambos inhaladores, con el objetivo de comprobar la no inferioridad, y secuencialmente la superioridad en cuanto al efecto sobre la función pulmonar.

Es un estudio multicéntrico, abierto, aleatorizado, cruzado, con dos periodos de tratamiento de 8 semanas. Los pacientes primero realizaron un periodo de lavado de dos semanas, tomando solamente salbutamol. Posteriormente han iniciado con algún inhalador (Tratamiento 1) durante 8 semanas, seguido de un nuevo periodo de lavado de 3 semanas, y finalmente 8 semanas más con el inhalador a comparar (Tratamiento 2).

El objetivo principal se ha evaluado en la semana 8, a la finalización de cada uno de los periodos de tratamiento. Los criterios de selección de los pacientes han sido: Edad  $\geq$  40 años; Diagnóstico de EPOC; Hábito tabáquico  $\geq$  10 paquetes-año; FEV1/FVC post-broncodilatador  $<$  0.70; FEV1 post-broncodilatador  $\leq$  70% -

≥50%; Puntuación escala mMRC ≥ 2; No uso de corticoide inhalado 30 días antes de la inclusión.

Se incluyeron un total de 236 pacientes, de los cuales han completado 225 (95%).

El Objetivo principal ha sido el cambio desde situación basal del FEV1 valle (FEV1 previo a la siguiente toma de medicación) en la semana 8.

En los resultados se ha demostrado la No Inferioridad de umeclidino/vilanterol frente a tiotropio/olodaterol, alcanzando una mejoría comparativa en la población por protocolo del 43% ( $\Delta$  53 mL (95% CI: 26, 80)  $p < 0.001$ ). Tras estos hallazgos se ha podido inferir y analizar la Superioridad, misma que se demuestra tras conseguir una mejoría en la población por intención de tratar del 41% ( $\Delta$  52 mL (95% CI: 28, 77)  $p < 0.001$ ).

El estudio demuestra que no todos los inhaladores de doble broncodilatación son iguales, dándonos más herramientas a los clínicos para decidir el tratamiento más adecuado para nuestros pacientes.

## PUESTAS AL DÍA

### Vacunación frente a la neumonía neumocócica. Un paso más en la protección de nuestro entorno

Patrocinado por: Pfizer

#### Ponentes:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Lucena. Área Sanitaria Sur de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La neumonía neumocócica (NN) es causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, con grandes resistencias del Neumococo a penicilina o a macrólidos. La edad se comporta como un factor de riesgo independiente para la Neumonía Neumocócica, y algunas patologías de base y ciertos hábitos son factores de riesgo para su aparición. La mortalidad se incrementa hasta 10 años después de una neumonía neumocócica y es superior en los sujetos con mayor índice de gravedad. La neumonía también presenta un impacto negativo a nivel socioeconómico y respecto a la calidad de vida. La vacuna neumocócica conjugada 13-valente (PCV13) ha demostrado eficacia vacunal en la prevención de Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) y NN, con una sola dosis en el adulto.

Cinco Comunidades Autónomas, Madrid, Castilla y León, La Rioja, Galicia y Asturias, ya han introducido la vacunación de forma sistemática con PCV13 en adultos.

Las Comunidades Autónomas de Castilla León<sup>4</sup>, La Rioja<sup>5</sup> y Galicia<sup>6</sup> incluyeron en sus calendarios de vacunación una dosis de PCV13 para la cohorte de 65 años. Asturias<sup>7</sup> fue la primera comunidad autónoma que incluyó una dosis de PCV13 en su calendario la vacunación sistemática de todos los grupos de riesgo con patologías crónicas desde los 6 años de edad. Recientemente la Comunidad Autónoma de Madrid<sup>8</sup> ha tomado la decisión de incluir en su calendario la vacunación para todas las personas mayores de 60 años y para las personas mayores de 18 años con una patología de base con una única dosis de PCV13 para toda la vida.

La Ciudad Autónoma de Melilla<sup>9</sup> tiene incluido en su calendario de vacunación para las personas de 65 años, así como para las personas inmunocompetentes con otras patologías de riesgo tras valoración clínica una dosis de PCV13.

Además de los sujetos inmunodeprimidos, se consideran susceptibles de vacunación los inmunocompetentes tanto sanos de 65 años o más, como aquellos con otras patologías de base, o factores de riesgo, como: enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave y patología intersticial difusa pulmonar), enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis), enfermedad cardiovascular crónica (incluye insuficiencia cardíaca crónica, cardiopatía isquémica, valvulopatías, cardiopatías congénitas, hipertensión con afectación cardíaca y pacientes con patología cerebrovascular), diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina, tabaquismo y abuso del alcohol.

#### Bibliografía:

- González-Romo F, et al. Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Rev Esp Quimioter 2017;30(2):142-68
- Redondo E, Rivero I, Vargas DA, Mascaros E, Díaz-Maroto JL, Linares M, et al. Vacunación frente a la neumonía adquirida en la comunidad del adulto. Posicionamiento del Grupo de Neumoxpertos en Prevención. Semergen 2016;42(7):465-75
- Grupo de trabajo vacunación frente a neumococo en grupos de riesgo 2015 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015
- Instrucción del 28 de Octubre de 2016 de la Dirección General de Salud Pública sobre el Programa De Vacunación frente al neumococo de la Junta de Castilla y León. Disponible en: [www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/programa-vacunacion-frenteneumococo.ficheros/750384-Instrucci%C3%B3n%20Neumococo%202016.pdf](http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/programa-vacunacion-frenteneumococo.ficheros/750384-Instrucci%C3%B3n%20Neumococo%202016.pdf)
- Vacunación frente a enfermedad neumocócica en la rioja, Marzo 2017. Disponible en: [https://www.riojasalud.es/firs/docs/INFORMACION\\_NEUMOC%C3%93CICA\\_65A%C3%91OS\\_MARZO\\_2017.pdf](https://www.riojasalud.es/firs/docs/INFORMACION_NEUMOC%C3%93CICA_65A%C3%91OS_MARZO_2017.pdf)
- Calendario de Vacinación de adultos. Junio 2017. Disponible en: [http://www.sergas.es/Sau-de-publica/Documents/4504/NOTA%20INFORMATIVA%20DEF%20CALEND\\_VACINACION\\_ADULTOS\\_GALEGO.pdf](http://www.sergas.es/Sau-de-publica/Documents/4504/NOTA%20INFORMATIVA%20DEF%20CALEND_VACINACION_ADULTOS_GALEGO.pdf)
- Actualizaciones en el Programa de Vacunaciones de Asturias para 2017. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/As\\_Vigilancia/CIRCULAR-RES/2017/Circular%20DGP%202017\\_02\\_Actualizacion%20programa%20de%20vacunaciones%202017.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/CIRCULAR-RES/2017/Circular%20DGP%202017_02_Actualizacion%20programa%20de%20vacunaciones%202017.pdf)
- Calendario de Vacinación para adultos. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DNota+informativa+Neumo13Enero18f.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352946849880&ssbinary=true>
- Acuerdo del consejo de Gobierno de fecha 28 de Octubre de 2016, relativo a la aprobación del Calendario de vacunación de adultos en la ciudad autónoma de Melilla, a implantar a partir del día 1 de Octubre de 2016. Disponible en: [http://www.melilla.es/mandar.php/n/10/1535/5391\\_4195.pdf](http://www.melilla.es/mandar.php/n/10/1535/5391_4195.pdf)

### El control de la EPOC, ¿una asignatura pendiente en nuestras consultas?

Patrocinado por: Chiesi

#### Moderador:

**Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

### El control de la EPOC, ¿una asignatura pendiente en nuestras consultas?

#### Ponente:

**Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La EPOC precisa un enfoque personalizado, con tratamiento basado en las características clínicas de los pacientes, el nivel de gravedad y la respuesta al tratamiento<sup>1</sup>. Así mismo observamos que, pacientes con el mismo nivel de gravedad, pueden tener síntomas y limitaciones diferentes para las actividades diarias.

El concepto de control, desarrollado ampliamente en el asma<sup>2</sup>, no se ha definido en la EPOC.

Alvar Agustí<sup>3</sup> introdujo el término de “Panel de control” midiendo tres dimensiones: gravedad, actividad e impacto.

Proponemos una definición de control en EPOC, basada en los conceptos de impacto y estabilidad, propuesta de Soler-Cataluña, Alcázar y Miratvilles<sup>4,5</sup>, que incluye una valoración transversal (impacto de la enfermedad en el momento de estudio), y una medida longitudinal (estabilidad clínica, sin deterioro clínico ni exacerbaciones en un tiempo que los Autores cifran en 3 meses) implicando medir, monitorizar e intervenir, con la implicación del médico y del paciente en el logro de los objetivos ligados a mejo-

rar calidad de vida y a conseguir estabilidad en una enfermedad definida como progresiva.

El impacto concepto transversal medible mediante instrumentos de estado de salud como los cuestionarios CAT y CCQ, fáciles de aplicar en la práctica clínica que cuantifican el impacto de la enfermedad en el paciente. Alternativamente, el impacto se puede evaluar por grado de disnea, uso de medicación de rescate, nivel de actividad física y color del esputo.

La estabilidad concepto longitudinal, definido como una situación clínica sin cambios significativos durante un período de tiempo o que revierte al estado anterior después de una alteración (exacerbación).

Los cuestionarios de control clínico como CAT o CCQ también pueden ser útiles para evaluar los cambios clínicos a lo largo del tiempo. Un cambio de > 2 puntos en el CAT o un cambio > 0,4 para el CCQ, puede indicar un deterioro clínicamente significativo.

Podemos definir el control de la EPOC como el mantenimiento de una situación de bajo impacto en el tiempo adaptada a la gravedad de la enfermedad misma.

El concepto de control en la EPOC puede ser útil para la toma de decisiones con respecto a un aumento o disminución de la medicación en el estado estable.

#### Bibliografía

GOLD: *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD* - 2016. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/>.

GEMA 4.2: *Guía española para el manejo del asma 2017*. Disponible en: <http://www.gemasma.com>

Agusti A, Gea J, Faner R. Biomarkers, the control panel and personalized COPD medicine. *Respirology*. 2016; 21: 24-33.

Soler-Cataluna JJ, Alcazar-Navarrete B, Miravittles M. The concept of control of COPD in clinical practice. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014; 9: 1397-405.

Soler-Cataluna JJ, Alcazar-Navarrete B, Miravittles M. The concept of control in COPD: a new proposal for optimising therapy. *Eur Respir J*. 2014; 44: 1072-5.

## La triple terapia fija: una nueva herramienta para un mejor control de la EPOC

### Ponente:

**Dr. D. Germán Peces-Barba Romero**  
Neumólogo. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

La triple terapia inhalada, entendida como la combinación de un beta-agonista (LABA), un anticolinérgico (LAMA) y un corticosteroide (CI), todos de larga duración, constituye el tercer escalón de la terapia inhalada de la EPOC y en general se reserva para los casos con exacerbaciones frecuentes de la enfermedad que a la vez tiene una obstrucción espirométrica grave o muy grave. Disponemos de datos comparativos de triple terapia frente a terapia combinada (LABA+CI) o frente a doble broncodilatación (LAMA+LABA), las dos opciones posibles, en diferentes formulaciones y dispositivos. Uno de los primeros estudios prospectivos demostraba que la asociación de Tiotropio a Salmeterol-P Fluticasona mejoran la función pulmonar y la calidad de vida e incrementan el tiempo libre de exacerbación (*Ann Intern Med* 2007;146:545-55). En un estudio retrospectivo realizado sobre bases de datos de atención primaria, se demostraba que añadiendo Tiotropio a la terapia combinada de LABA+ICS se reducían los ingresos hospitalarios y mejoraba la supervivencia (*Chest* 2012;141:81-86).

En esta presentación de la jornada SEMERGEN de respiratorio, se mostrarán los resultados de los recientes estudios realizados con la triple terapia inhalada de partículas finas en estudios prospectivos frente a terapia combinada o de doble broncodilatación. El estudio TRILOGY fue el primero de ellos y comparaba la triple terapia fija de Beclometasona-Formoterol-Glicopirronio frente a Beclometasona-Formoterol utilizando el mismo dispositivo inhalador en partícula fina dosificado cada 12h (*Lancet* 2016;388:963-73). Los pacientes tenían un FEV1 medio de 36% con un promedio 1,2 exacerbaciones en el año previo. La triple combinación demostraba mejoría significativa en el valor de FEV1, la calidad de vida, el índice transicional de disnea y el número de exacerbaciones moderadas-graves frente a lo presentado con la terapia combinada. El estudio TRINITY plantea la comparación de la misma combinación de triple terapia fija inhalada en partícula fina

con el objetivo de superioridad a Tiotropio y de no inferioridad a la triple asociación de Beclometasona-Formoterol con Tiotropio, en diferentes dispositivos (*Lancet* 2017;389:1919-29). Los resultados demostraban que la triple combinación de terapia inhalada fina confirmaba los objetivos planteados en las variables de exacerbaciones y de FEV1. El estudio TRIBUTE compara la misma terapia triple fija de partícula fina, esta vez frente a una asociación de doble broncodilatadores, Indacaterol-Glicopirronio, en dispositivo diferente (*Lancet* 2018;391:1076-84), demostrando también que la triple terapia fina era superior en la reducción de exacerbaciones y mejoría del FEV1 y la calidad de vida.

En conclusión, La triple terapia fija de partículas finas demuestra superioridad frente a las terapias que asocian LABA+LAMA o LABA+CI en las variables de función pulmonar, exacerbaciones y calidad de vida en pacientes exacerbadores con obstrucción grave o muy grave.

## El reto de adaptar la nueva evidencia a nuestra práctica clínica.

### Ponente:

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

# Comunicaciones médico de familia

## CASOS CLÍNICOS

299/4.

### La ecografía herramienta diagnóstica a nivel pulmonar.

**Autores:**

(1) Carmen Virtudes Gómez Montes; (2) Andrea Sierra Villalba; (3) José Marcos García Balboteo; (3) Judith Aguilar Barceló.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Estepona Oeste. Málaga; (2) Médico de Familia. Marbella lyme clinic.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.

#### Descripción del caso

Paciente masculino de 68 años, exfumador desde hace 3 años, con antecedentes de EPOC moderado a quien se le había tratado con doble broncodilatación. La última espirometría en Diciembre 2015 FEV1/FVC 80%, FEV1 70% y FVC 61%. Última Rx de tórax con signos de atrapamiento aéreo. Presentó además 2 reagudizaciones en ese año. En Enero 2016 consulta por disnea y gran fatiga para caminar.

#### Exploración y pruebas complementarias

TA: 140/85 FR:20 rpm FC: 99 lpm Saturación de O<sub>2</sub>: 95% Regulares condiciones generales, disneico, palidez cutáneo mucosa presente. Abolición del murmullo vesicular en mitad inferior del pulmón derecho. Se realiza ecografía toraco abdominal observando gran derrame pleural derecho y Rx de tórax con la misma conclusión. Se deriva al hospital donde drenan 2 litros de líquido pleural y realizan angio TAC donde descartan signos de tromboembolismo pulmonar y sospecha de neoplasia pulmonar derecha (imagen hilar derecha de 7.5 X 4 X 6 cm, con afectación del tronco intermediario), varias adenopatías sospechosas en cadena mamaria derecha, engrosamiento nodulares pleurales. Realizan broncoscopia con anatomía patológica que reporta ADC pulmonar estadio IV. En febrero 2016 nuevo derrame pleural con drenaje con intento de pleurodesis con talco y ter pia con treme-limumab. Paciente fallece posteriormente.

#### Juicio clínico

Derrame pleural derecho

EPOC moderado

#### Diagnóstico diferencial

Derrame pulmonar infeccioso

Derrame pleural tumoral

Sobrecarga de volumen

Insuficiencia cardíaca

#### Comentario final

La ecografía torácica es una poderosa herramienta al servicio de los médicos, no solo porque permite visualizar el derrame pleural, sino también ayuda a distinguir entre los diferentes tipos de derrame. Además, la ecografía es esencial durante la toracocentesis y el drenaje del tubo torácico, ya que aumenta la seguridad del procedimiento y disminuye las complicaciones, mejorando la seguridad del paciente. La ecografía puede ayudar a diagnosticar enfermedades pulmonares coexistentes, a menudo con una especificidad y sensibilidad más altas que la radiografía de tórax y sin la necesidad de exposición a rayos X.

#### Bibliografía

1. E. Brogi, L. Gargani, E. Bignami, F. Barbario, A. Marra, F. Forfori, and L. Vetrugno. Thoracic ultrasound for pleural effusion in the intensive care unit: a narrative review from diagnosis to treatment. *Crit Care*. 2017; 21: 325. Published online 2017 Dec 28. doi: 10.1186/s13054-017-1897-5

2. Nilam J. Soni, MD, Ricardo Franco, MD, [...], and Paul H. Mayo, MD Ultrasound in the Diagnosis & Management of Pleural Effusions *J Hosp Med*. 2015 December ; 10(12): 811-816. doi:10.1002/jhm.2434

299/5.

### Marcadores tumorales a considerar en cáncer de pulmón

**Autores:**

(1) Andrea Sierra Villalba; (2) Carmen Virtudes Gómez Montes; (3) José Marcos García Balboteo; (3) Judith Aguilar Barceló.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Marbella lyme clinic.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Estepona Oeste. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.

#### Descripción del caso

Paciente femenina de 57 años de edad, exfumadora desde agosto de 2016 de dos paquetes diarios por más de 15 años. Consulta a medicina familiar para chequeo general, por lo que se solicitan analíticas con hemograma, bioquímica, marcadores tumorales: ca 19.9, sangre oculta en materia fecal, ca 125 y ca 15.3. En el momento de la consulta asintomática. Al cabo de tres días asiste con resultados solicitados destacando CA 125: 52 U/ml y CA 15.3: 70u/ml.

#### Exploración y pruebas complementarias

Paciente en buen estado general con FC: 65, FR: 18, TA: 130/70, peso: 98, talla: 1.65, IMC: 36, SO<sub>2</sub>: 94%. Al examen físico no se destacan aspectos patológicos, RsCs sin soplos ni agregados, RsRs: buen murmullo vesicular sin sibilancias o estertores.

Posterior a resultados de pruebas sanguíneas se solicita mamografía reportada como BIRADS 2, valoración por ginecología completamente normal, no encontrando causa que explique la elevación de marcadores tumorales. Valoración por digestivo donde se descarta patología a ese nivel. Se solicita Rx de tórax donde se observa masa en región de ápice derecho. TAC de Tórax: masa pulmonar apical derecha espiculada de 71x59x65mm, con discreto broncograma aéreo y amplio contacto con la pleura a nivel apical, altamente sugestiva de neoplasia pulmonar. Se ven signos de enfisema paraseptal biapical y centrolobulillar difuso bilateral, ganglios linfáticos patológicos a nivel prevascular, paratraqueal e hilar derechos de 23x17mm, probablemente metastásicos. No se evidencia derrame pleural. Espirometría: FVC: 2.80 (79.8%), FEV1: 2.29 (87%), FEV1/FVC: 81%. Test con broncodilatadores negativo. Fibrobroncoscopia sin lesiones endobronquiales ni signos de infiltración blástica, RNM cerebral sin metástasis, resultado de AP de fibrobroncoscopia: presencia de aisladas placas epiteliales con atipia sospechosa de carcinoma de células grandes, probable carcinoma escamocelular. PET TAC: masa hipermetabólica 6x6. 8x6 cm LSDen amplio contacto con la pleura parietal sin evidencia de infiltración de la pared torácica. Adenopatía paratraqueal derecha y paratraqueal retrocavo sugestiva de infiltración. AP BAAG: adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado.

#### Juicio clínico

Adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado estadio IIIA (T3, N2, M0)

#### Diagnóstico diferencial

Carcinoma microcítico pulmonar

#### Comentario final

Los marcadores tumorales son sustancias producidas ante la presencia o actividad de células tumorales y aunque el resultado sea positivo, debe confirmarse la existencia de neoplasias con

otros métodos diagnósticos: pruebas de imágenes o métodos invasivos que incluyan biopsias.

Los marcadores tumorales no son específicos del cáncer, por lo tanto no siempre indican malignidad y deben tenerse en cuenta que ciertas patologías pueden dar falsos positivos como son procesos benignos como enfermedades renales o hepáticas. Sin embargo ante la presencia de concentraciones elevadas es importante buscar neoplasias.

#### Bibliografía

1. Ocaña Pérez, Esther; Aceituno Azaustre, María Isabel. Utilidad Clínica de los marcadores tumorales. UGC laboratorio y alergia. Área inmunología complejo hospitalario Jaén. Revista Médica Jaén, octubre 2014, nº 4
2. García Barcina, María; Martín Bueno, Ana E; Bujanda Fernandez de Piñola, Luis; Hernández Hernández, José Julio; Ortiz de Zárate Tercero, Alberto; Suárez Torre, María José; Amézaga Asensio, Cristian; Loizate Totorikaguena, Alberto. Utilización de marcadores tumorales séricos en cáncer colo-rectal, carcinoma hepatocelular, cáncer de mama y cáncer de pulmón. Osteoa abril-2002

## 299/6.

### Hemoptisis y nódulos pulmonares, no siempre es cáncer o tuberculosis.

#### Autores:

(1) José Marcos García Balboteo; (1) Judith Aguilar Barceló; (2) Carmen Virtudes Gómez Montes; (3) Andrea Sierra Villalba.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Estepona Oeste. Málaga; (3) Médico de Familia. Marbella lyme clinic.

#### Descripción del caso

Paciente de 42 años de profesión músico (saxofón), que consulta por hemoptisis recurrente de 3 semanas de evolución y dificultad para "llenar" los pulmones. Durante la realización de pruebas complementarias nota aumento de bulto en región inguinal izquierda. Motivo por el que es derivado a cirugía para realización de biopsia.

Antecedentes personales: Ingreso hospitalario por neumomediastino espontáneo y enfisema cervical subcutáneo hace 11 años, se relacionó con su actividad laboral.

#### Exploración y pruebas complementarias

Peso: 74 kg. Talla: 175. IMC: 24. Buen estado general. Auscultación normal. Rítmico, sin soplos. Dificultad respiratoria de origen nasal (desviación de tabique). Adenopatías inguinales izquierdas de más de 2 cm. Sin edemas en miembros inferiores. Piel sin lesiones y sin signos de TVP en miembros inferiores. Neurológico normal.

Análisis de sangre: Hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica normal. TSH normal. Proteinograma e inmunoglobulinas normales. Autoinmunidad normal. HIV negativo.

Mantoux: Negativo.

Rx torax: infiltrado alveolo-intersticial de predominio en campo medio derecho y más dudoso en hemitorax izquierdo. Ensanchamiento hilar de predominio derecho. Bronquiectasias aisladas.

Espu: Cultivo negativo. Baciloscopia negativa. Lowenstein negativo.

Espirometría: FEV1 4540 (118%), FVC 6070 (129%), FEV1/FVC 74

Biopsia inguinal izquierda: Ganglios linfáticos con linfadenitis granulomatosa de tipo epiteloide no necrotizante donde no se observan gérmenes.

Broncoscopia: Sin lesiones endobronquiales.

TAC torax: Adenopatías mediastínicas. Patrón micronodular bilateral. Bronquiectasias focales parcheadas. No derrame pleural.

#### Juicio clínico

Sarcoidosis con afectación mediastínica, pulmonar e inguinal.

#### Diagnóstico diferencial

Linfomas.

Infección tuberculosa.

Cáncer de pulmón.

Exposición al berilio y al polvo orgánico.

#### Comentario final

Se instauró tratamiento con prednisona 50 mg, con mejoría de las lesiones mediastínicas, pulmonares e inguinales. Con varios intentos de retirada pero se ha tenido que retomar por aumento de la disnea. Mantiene su actividad de músico excepto en exámenes.

Por lo general aparece entre los 20 y los 50 años. Las personas con antecedentes familiares de sarcoidosis corren más riesgo de sufrir la enfermedad.

Entre el 30 y el 70% de los pacientes no requiere tratamiento.

Produce daños en los órganos en aproximadamente una tercera parte de las personas a quienes se les diagnostica la enfermedad. Los daños pueden ocurrir en el transcurso de muchos años y afectar a más de un órgano. En raras ocasiones la sarcoidosis puede ser mortal. Debiéndose a problemas de los pulmones, el corazón o el cerebro.

La sarcoidosis es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Los investigadores han buscado una relación entre la sarcoidosis y la exposición a factores ambientales y del trabajo, pero no han hallado un vínculo claro.

#### Bibliografía

- Baughman RP, Lower EE, du Bois RM. Sarcoidosis. *The Lancet* 2003;3/29:361(9363):1111-8.
- American Thoracic Society: Statement on Sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:736-755.
- Henke, C. E., G. Henke, L. R. Elveback, C. M. Beard, D. J. Ballard and L. T. Kurland. 1986. The epidemiology of sarcoidosis in Rochester, Minnesota: a population-based study of incidence and survival. *Am. J. Epidemiol.* 123:840-845.
- Nunes H, Bouvry D, Soler P, Valeyre D (2007). «Sarcoidosis». *Orphanet J Rare Dis* 2: 46.

## 299/8.

### Comorbilidad: Asma bronquial persistente severo y trastorno bipolar.

#### Autores:

(1) José Marcos García Balboteo; (1) Judith Aguilar Barceló; (2) Carmen Virtudes Gómez Montes; (3) Andrea Sierra Villalba.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Estepona Oeste. Málaga; (3) Médico de Familia. Marbella lyme clinic.

#### Descripción del caso

Paciente de 60 años con diagnóstico Asma bronquial desde 1996. Desde 2004 Asma bronquial persistente severa de mal control (corticodependiente). Con obstrucción de flujo aéreo severa. Precisa tandas frecuentes de tratamiento esteroideo y múltiples asistencias a Urgencias. Único ingreso hospitalario por asma en 2009. En tratamiento con Budesonida/Formoterol TH (160/4,5), Budesonida TH 400, Terbutalina TH o Salbutamol en crisis, Montelukast 10, Omalizumab 150/mes, Prednisona 60 mg con pauta reductora en crisis. Trastorno bipolar desde los 34 años, en tratamiento actual con Quetiapina, Zolpiden, Aripiprazol, Citalopram y Diazepam.

Tras cada recaída importante del proceso asmático, presentaba además recurrencia de su enfermedad psiquiátrica con episo-

dios de hipomanía, acompañados de agresividad y verborrea. Con episodio depresivo posterior al retirar corticoides.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. IMC 35. Corazón rítmico, sin soplos. Hipofonía moderada con algunos sibilantes.

En la exploración neuropsiquiátrica destacaban síntomas de hipomanía durante el comienzo del tratamiento corticoideo a altas dosis. Y posterior cambio a síntomas depresivos con la reducción de los corticoides

RX Tórax: Leve atrapamiento aéreo retrocardíaco y agrupamiento bronquial leve en LII sugestivo de bronquiectasia.

Análisis: Hemograma normal. IgE específica neumoaérgenos negativa.

### Juicio clínico

Hipomanía en paciente asmático severo con altas dosis de corticoides y trastorno bipolar previo.

### Diagnóstico diferencial

Reacción adversa o sobredosificación de medicamentos.

Drogas de abuso.

Hipertiroidismo.

Otras enfermedades neuropsiquiátricas que cursen con agitación o delirio.

Lesiones cerebrales.

Crisis aguda de asma,

### Comentario final

En los paciente asmáticos que precisen de tratamientos con corticoides, se debe realizar una anamnesis completa que incluya antecedentes familiares y personales médicos y psiquiátricos.

Los síntomas aparecen de forma precoz al inicio del tratamiento corticoideo y son dosis-dependientes, existiendo en estas circunstancias, mayor presentación de alteraciones afectivas o psicóticas. Factores predisponentes para la presentación de síntomas neuropsiquiátricos en la corticoterapia son: género femenino, Lupus eritematoso sistémico, dosis alta de prednisona y eventos previos de depresión.

### Bibliografía

- Black DW, Winokur G, Bell S, Nasrallah A, Hulbert J. Complicated mania. Comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:232-6.
- Kilbourne AM, Post EP, Nosssek A, Drill L, Cooley S, Bauer MS. Improving medical and psychiatric outcomes among individuals with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*. 2008;59:760-8.
- Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:514-9.
- Ghadirian AM, Engelsmann F. Somatic illness in manic-depressive and schizophrenic patients. *J Psychosom Res*. 1985;29:281-6.
- Carney CP, Jones LE. Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosom Med*. 2006;68:684-91
- Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Grupo de Expertos para el Consenso de la Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* Volume 1, Issue 1, December 2008, Pages 26-37

299/9.

## Vasculitis con afectación pulmonar: abordaje desde nuestra consulta

### Autores:

(1) Rebeca Mielgo Salvador; (2) Cristina Moreno Asorey.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Los Yébenes. Madrid; (2) Due. Centro de Salud Los Yébenes. Madrid.

### Descripción del caso

Patricia, mujer de 44 años, natural de Colombia. Ama de casa. Antecedentes personales: DM2 en tratamiento insulínico, dislipemia, gota, hernia discal L5-S1. Acude al centro de salud en febrero 2017 por cuadro de broncoespasmo y rinitis aguda sin fiebre de 2 semanas de evolución. Se pauta tratamiento con budesonida-formoterol + salbutamol + amoxicilina-acido clavulánico 500/125. Tras reevaluación a los 7 días, no mejoría. Se añade tiotropio, montelukast, bilastina y prednisona en pauta descendente. Múltiples visitas al centro de salud y al servicio de urgencias, precisando broncodilatadores nebulizados. Evolución tórpida los meses siguientes. Se deriva al servicio de Neumología, con la sospecha de asma intrínseca persistente grave mal controlada.

### Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta en todo momento buen estado general. Eupneica. Saturación O2 basal 93%. Auscultación pulmonar con hipoventilación global y sibilancias dispersas en ambos campos. Solicito las siguientes pruebas: Analítica: glucosa 193. Triglicéridos 649. IgE 485. Mantoux +. Espirometría con patrón obstructivo. Rx tórax sin infiltrados. Tránsito gastro-intestinal baritado: hernia hiatal. Neumóloga de referencia solicita: Proteína catiónica eosinófilos 80. Autoinmunidad, ANCA y estudio de alérgenos negativos. Biopsia nasal negativa para vasculitis. TAC tórax: lesiones cavitadas en ambos hemitórax con imágenes nodulares asociadas, de aspecto inflamatorio/infeccioso. Broncoscopia: cultivo de esputo negativo para hongos. BAAR negativo. Lavado bronquialveolar dentro de la normalidad. Pendiente de biopsia pulmonar.

### Juicio clínico

Alta sospecha de vasculitis ANCA negativa con afectación pulmonar.

### Diagnóstico diferencial

Asma intrínseca / extrínseca persistente grave mal controlada.

Proceso infeccioso: Tuberculosis, neumonía necrotizante, abscesos bacterianos o fúngicos.

Neoplasia pulmonar: primaria o metastásica.

Enfermedades reumatológicas: sarcoidosis, artritis reumatoide, LES, espondilitis anquilosante.

### Comentario final

Las vasculitis son poco frecuentes en la consulta de Atención Primaria. No obstante, algunas de ellas son patologías potencialmente graves y conllevan una elevada mortalidad, daño orgánico irreversible y un elevado número de complicaciones.

En el caso de Patricia, la evolución tórpida de un cuadro compatible con rinitis y asma, a pesar de un tratamiento intensivo y múltiples pruebas complementarias solicitadas desde la consulta, nos hizo cursar una derivación preferente a Neumología. Desde allí, la primera prueba realizada fue en TAC torácico, con el hallazgo de los nódulos cavitados.

Como médicos de familia debemos centrarnos en el diagnóstico precoz de la enfermedad, realizar diagnósticos diferenciales y derivar a Atención Especializada por la necesidad de pruebas complementarias. Una vez que la vasculitis es diagnosticada y tratada, nuestro papel es la detección de complicaciones, tanto de la enfermedad como del tratamiento.

### Bibliografía

1. Guía española para el manejo del asma. GEMA 4.2.
2. Martín-Suñé, N. Ríos-Blanco, J.J. Afectación pulmonar de las vasculitis. *Arch Bronconeumol* 2012; 48: 410-8. Vol 48. Núm 11.
3. Caixés Valverde, O. Bordas Julve, J.M. Vasculitis. Un diagnóstico complejo. *AMF* 2014;10(7): 364-372.
4. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 19. Vasculitis. Capítulo 385.

299/14.

## Cuando el “rescate” nos puede vencer...

**Autores:**

(1) Concepción Astruga Tejerina; (2) Cristina Bonnardeaux Chadburn.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (2) Médico de Familia. SUAP Campoo-Los Valles. Cantabria.

### Descripción del caso

Varón de 56 años con antecedentes de asma, rinitis alérgica, HTA y obesidad. Acude a Urgencias tras presentar, mientras conducía, palpitaciones, opresión torácica y dificultad respiratoria. Desde hace semanas presenta ansiedad y reconoce abusar de Salbutamol (14 envases/año). No exacerbaciones. No suele acudir a controles en su centro de salud.

### Exploración y pruebas complementarias

C.O.C. Taquipneico. AC: rítmica a 120 lpm. AP: normal. ECG: Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) a 190 lpm. En hospital, troponinas negativas, se revierte con adenosina a ritmo sinusal. A las 48 horas acude al centro de salud. ECG: RS a 82 lpm. TSH normal. Se deriva a Cardiología para revisión. Tras ajuste de tratamiento inhalador con glucocorticoides inhalados a dosis medias y posteriormente glucocorticoides a dosis bajas/LABA presenta evidente mejoría clínica. Tras revisiones al mes y a los 2 meses refiere encontrarse asintomático y no usar medicación de rescate. TAI 48. ACT 23.

### Juicio clínico

Taquicardia paroxística supraventricular por probable abuso de salbutamol.

### Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio. Tromboembolismo pulmonar.

### Comentario final

La falta de cumplimiento terapéutico en el asma y la facilidad para dispensación del inhalador, bien por receta electrónica o sin ella, pueden llevar al abuso de medicación de rescate. Dentro de los efectos adversos del salbutamol se encuentran de forma rara, pero no por ello menos importante, los trastornos cardíacos (palpitaciones, TSV, fibrilación auricular). Debemos insistir en la educación sanitaria sobre el asma y concienciar de los riesgos del mal uso de la medicación, evitando llegar a situaciones extremas. Hay que insistir en el buen cumplimiento terapéutico y seguimiento del asma.

### Bibliografía

1. Wiley JF II, Spiller HA, Krenzelo EP, Borys DJ. Unintentional albuterol ingestion in children. *Pediatr Emerg Care* 1994; 10: 193-6. 2. Anis AH, Lynd LD, Wang XH, King G, Spinelli JJ, Fitzgerald M et al. Double trouble: impact of inappropriate use of asthma medication on the use of health care resources. *CMAJ*. 2001;164:625-31. 3. Patel M, Pilcher J, Reddel HK, Pritchard A, Corin A, Helm C, et al.; SMART Study Group. Metrics of salbutamol use as predictors of future adverse outcomes in asthma. *Clin Exp Allergy*. 2013;43:1144-51.

299/15.

## Escoliosis y capacidad pulmonar

**Autores:**

(1) Concepción Astruga Tejerina; (2) Cristina Bonnardeaux Chadburn; (3) José Manuel Helguera Quevedo.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (2) Médico de Familia. SUAP Campoo-Los Valles. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.

### Descripción del caso

Mujer de 30 años, no fumadora, refiere desde hace años disnea al hacer ejercicio (mMRC grado 1). Antecedentes de asma en la

infancia y escoliosis idiopática del adolescente (artrodesis posterior de T3 a L1).

### Exploración y pruebas complementarias

Eupneica. No cianosis ni acropaquias. AC: rítmica sin soplos. AP: mvc. EELL: no edemas. Saturación: 99% O2. Rx tórax (2P): material de artrodesis instrumentado en columna dorsal. No nódulos ni condensaciones en parénquima pulmonar. Espirometría: FVC 2.88 (79%). FEV1 2.28 (72%). FEV1/FVC 79%. Patrón restrictivo. Se deriva a Neumología, donde recomiendan revisiones bianuales y si hubiera cambios importantes en el peso.

### Juicio clínico

Patrón restrictivo asociado a escoliosis, sin alteración de saturación de oxígeno.

### Diagnóstico diferencial

Enfermedades del colágeno. Fibrosis quística.

### Comentario final

La escoliosis se determina con una deformidad mayor a 10° medido por el método de Cobb en proyección radiográfica antero-posterior. Cuanto más grande sea el ángulo de Cobb, más bajos serán los valores de la espirometría y de la capacidad pulmonar total. La relación entre escoliosis y función pulmonar puede llevar a una afectación de tipo restrictivo. En cuanto al abordaje quirúrgico de la escoliosis hay estudios a favor de la artrodesis vertebral posterior frente a otras técnicas pues produce mejoría de los parámetros respiratorios. Dentro de las causas de restricción no pulmonar están las alteraciones de la caja torácica, neuromusculares y obesidad. Debemos realizar seguimiento en los pacientes con escoliosis, sobre todo en los no intervenidos, para valorar la posible progresión del daño en la función pulmonar.

### Bibliografía

1. Hresko MT: *Clinical practice. Idiopathic scoliosis in adolescents*. *N Engl J Med*. 2013; 368(9): 834-41. 2. Pehrsson K, Danielsson A, Nachemson A: *Pulmonary function in adolescent idiopathic scoliosis: a 25-year follow-up after surgery or start of brace treatment*. *Thorax*. 2001; 56(5): 388-93. 3. Smiljanić I, Kovac V, Cimić M: *Changes in pulmonary functional parameters after surgical treatment of idiopathic scoliosis*. *Coll Antropol*. 2009; 33(Suppl 2): 145-52.

299/20.

## “Sigo con dolor”

**Autores:**

Lucía Álvarez Uceda.

**Centro de Trabajo:**

Médico de Familia. Centro de Salud Lla Carlota. Córdoba.

### Descripción del caso

Varón 65 años, fumador, sin enfermedades, acude poco a consulta. Refiere dolor de hombro derecho a la movilización y en reposo. Antecedente de caída hace 2 semanas. Estuvo en rehabilitación por tendinitis subacromial de hombro izquierdo hace 1 año.

### Exploración y pruebas complementarias

Hombre delgado.

exploración funcional de hombro: limitación de la movilidad, dolor a la abducción y a la rotación externa compatible con síndrome subacromial.

ACR: normal. Hemograma y bioquímica normal.

Rx hombro mas ecografía: rotura parcial de tendón supraespinoso,

Ante esta exploración y ante el tipo de dolor el cuadro era compatible con patología tendinosa de hombro por lo que se trató con AINES, relajantes musculares y una infiltración intraarticular. Recuperó la movilidad pero el dolor no cesaba.

Rx AP de tórax: imagen de masa en LSD. El TAC y la biopsia transbronquial dieron el diagnóstico definitivo: adenocarcinoma de

pulmón con metástasis óseas ( arcos costales, apófisis vertebrales) y mediastínicas.

### Juicio clínico

Adenocarcinoma de pulmón -Tumor de Pancoast

### Diagnóstico diferencial

Osteoartritis de hombro, patología ósea,

### Comentario final

El tumor de Pancoast al diagnóstico ya es un T3. Los índices de supervivencia a los 5 años son del 30-40% en pacientes sin afectación de ganglios linfáticos, afectación de ganglios mediastínicos o invasión de cuerpo vertebral. Se le conoce como el gran simulador, ya que la gran mayoría se confunden con patología del hombro o vertebral, o enfermedades debidas a la afectación de las cadenas ganglionares ( cervicalgia, afonía, ptosis palpebral,...). La patología respiratoria es poco frecuente. Tras conocer el diagnóstico, el paciente reconoció que había tenido varios esputos hemoptoicos pero no se lo dijo a nadie, y además comenzó con afonía. El paciente falleció a los 5 meses del diagnóstico, El síntoma principal fue el dolor óseo intenso, no presentó patología respiratoria salvo en los últimos días

### Bibliografía

Anales de Medicina Interna ISSN 0212-7199An. Med. Interna (Madrid) vol.22 no.4 abr. 2005 Archie VC, Thomas CR Jr. Superior sulcus tumors: a mini-review. Oncologist. 2004; 9 (5): 550-5. Meritxell Regí Bosquea, Iván Villar Balboa. Cervicobraquialgia: síntoma inicial de tumor de pancoast. Rev Clin Med Fam. Vol 6. Num 1-01 de febrero.

## 299/23

### Algo mas que un catarro

#### Autores:

(1) Margarita Pinel Monge; (2) Ruth Sendino Del Olmo; (3) Iñigo Martín Arroyo; (3) Itziar Perez Garitacelaia; (2) Maria Eugenia Ortega Horrillo; (2) Ainhoa Uriarte.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Habana Cuba. Vitoria Gasteiz.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Osi Araba. Vitoria Gasteiz.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osi Araba. Vitoria Gasteiz.

### Descripción del caso

Mujer de 64 años sin antecedentes de interés. Fumadora IA 35 años/paq. Acude a consulta AP por cuadro de tos con expectoración blanquecina de una semana de evolución sin disnea dolor torácico ni edemas. No fiebre. Exploración: orofaringe eritematosa no adenopatías. AC rítmica 100 lpm, AP hipofonía generalizada con sibilancias respiratorias dispersas. No edemas EEII. SAT O2 74%. Se decide derivar al servicio de urgencias.

### Exploración y pruebas complementarias

En urgencias: T° 35.7°C, TA 119/69 mmHg, pulso 83ppm, frecuencia respiratoria 30 rpm, SAT O2 71%, 90% con O2 a 1 lpm. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones repolarización.

Gasometría Arterial aire ambiente a su llegada: pH 7.37 pCO2 62 mmHg pO2 35 mmHg Bicarbonato 35.8 mmol/L Saturación O2 65.2 %

Tratamiento urgencias: Urbason 60mg ev y 3 nebulizaciones Salbutamol 1cc + Atrovent 2cc O2 GN 1 lpm y posteriormente Ventimask 24%

Gasometría Arterial tras 3ª nebulización y Ventimask 24%: pH 7.36 pCO2 57 mmHg pO2 41 mmHg Bicarbonato 32.2 mmol/L Saturación O2 73.9 %

Análítica sangre: Glucosa 106 mg/dL Urea 40 mg/dL Creatinina 0.6 mg/dL Sodio 141 mEq/L Potasio 4.7 mEq/L Proteína C reactiva 5 mg/L Hemoglobina 14.8 gr/dL Plaquetas 256 \*10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> Leucocitos 6.8 \*10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> Neutrófilos 74.6 % INR 1.11

RX tórax PA: Refuerzo difuso de trama bronquial pulmonar bilateral, compatible con componente de edema pulmonar intersticial (parece poco probable, en ausencia de cardiopatía conocida y con silueta cardiopericárdica normal) y/o bronquitis aguda. No consolidaciones pulmonares. Hiperinsuflación pulmonar.

En planta: AS: GOT 15 U/L GPT 37 U/L BNP 36 pg/mL LDH 140 U/L A1-Antitripsina 157 mg/dL [ 90 - 200 ]

Ag. Virus Respirat. Sincitial, Influenza A y B Negativo

TAC TORACICO Enfisema pulmonar moderado severo predominio en LLSS. Bronquitis aguda. Leve edema pulmonar intersticial. Nódulo pulmonar solitario 4mm LSD, radiológicamente indeterminado.

Gasometría Arterial al alta con O2 2 ppm: pH 7.37 pCO2 66 mmHg pO2 62 mmHg Bicarbonato 38.2 mmol/L Saturación O2 90.6 %

PFR: FVC: 1,68 (74%), FEV1: 0,55 (29%), FEV1/FVC 32

### Juicio clínico

Se interpreta el cuadro de agudización de probable etiología infecciosa de broncopatía de base con datos de insuficiencia respiratoria crónica. En tratamiento con corticoides, nebulizaciones y antibioticoterapia evoluciona favorablemente.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.: AEPOC severo tipo enfisema radiológicamente moderado severo. Insuficiencia respiratoria crónica agudizada

TRATAMIENTO: Oxígeno domiciliario gafas nasales 2 lpm al menos 16 horas día. Prednisona 30mg pauta descendente 9 días, Omeprazol 20mg: 1 comprimido desayuno mientras toma prednisona: Formodual: 2 puff cada 12 horas con cámara y Atrovent a demanda.

### Diagnóstico diferencial

Neumonía, insuficiencia cardiaca, TEP, derrame pleural, cancer de pulmón

### Comentario final

Revisando la historia clínica de la paciente vemos en noviembre de 2013 fue vista en consulta por cuadro de bronquitis aguda. Se realizó rx tórax y se objetivó hiperinsuflación pulmonar, aplanamiento diafragmático, signos de EPOC.

Se indicó a la paciente que acudiera a la consulta tras resolución del proceso para realización de pruebas de función pulmonar y valoración de tabaquismo pero la paciente no acudió.

Todo ello nos lleva a la reflexionar sobre la importancia de realización de espirometría en pacientes fumadores para realizar despistaje de EPOC.

### Bibliografía

GESEPOC 2017

## 299/24.

### Tráquea en sable, hallazgo radiológico que esconde mucho más.

#### Autores:

(1) José Manuel Helguera Quevedo; (2) Concepción Astruga Tejerina; (3) Cristina Bonnardeaux Chadburn.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (3) Médico de Familia. SUAP Campoo-Los Valles. Cantabria.

### Descripción del caso

Caso A: Varón de 60 años con clínica de bronquitis crónica y tratamiento inhalador habitual, fumador, con 1-2 exacerbaciones al año, acude al C. Salud por tos, expectoración y disnea. Caso B: Varón de 67 años, fumador (40 paquetes/año), sin criterios de



bronquitis crónica, hipertenso, acude para control de tensión arterial. Asintomático.

### Exploración y pruebas complementarias

Caso A: Eupneico. AC: rítmica. AP: roncus y sibilancias diseminadas. Espirometría: FEV1/FVC 66%. FVC 77% (3.24L). FEV1 65% (2.14L). Post: FEV1/FVC 69%. FVC 71% (3.01L). FEV1 64% (2.10L). Rx Tórax: signos de atrapamiento aéreo y deformidad de tráquea en sable, todo ello en relación con signos de EPOC. No condensaciones pulmonares. Mejoría tras tratamiento inhalador y antibiótico.

Caso B: Eupneico. AC: rítmica con SS. AP: MVC. Espirometría: FEV1/FVC 63%. FVC 92%. FEV1 58%. Post: FEV1/FVC 65%. FVC 93%. FEV1 61%. Rx Tórax: datos de engrosamiento peribronquial y deformidad de la tráquea en vaina de sable compatible con broncopatía crónica. No nódulos ni condensaciones pulmonares.

Ambos casos se adjuntan con imágenes.

### Juicio clínico

Patrón radiológico de deformidad de tráquea en vaina de sable compatible con broncopatía crónica, confirmada tras espirometría como EPOC.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe incluir la compresión extrínseca traqueal por masas mediastínicas, aunque el aspecto es tan característico que no debe plantear problemas diagnósticos ni demandar otras exploraciones adicionales.

### Comentario final

El aspecto de la tráquea es característico de la anomalía conocida como "tráquea en vaina de sable" o "tráquea en desfiladero". Se caracteriza por una estrechez del diámetro coronal (proyección anteroposterior) de la tráquea intratorácica asociado a un ensanchamiento del diámetro sagital (proyección lateral) traqueal. Se encuentra casi exclusivamente en varones, y se considera casi patognomónico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (95% son EPOC).

Típicamente, la anomalía traqueal se extiende desde la entrada torácica (en las clavículas) hasta la carina.

La estrechez intratorácica coronal traqueal se relaciona probablemente con el atrapamiento aéreo en los lóbulos superiores enfisematosos y los accesos de tos de larga evolución con el consiguiente colapso traqueal recidivante.

Este patrón radiológico suele ser característico de las broncopatías crónicas, aunque no siempre aparece. A todo paciente fumador se debería realizar una radiografía de tórax para descartar patología, sin olvidar a los asintomáticos. Nos va a ayudar a identificar probable afectación pulmonar aún con pruebas funcionales normales. En la radiografía de tórax de ambos casos confluyen en el mismo patrón radiológico. Debemos hacer un estudio completo y conocer signos radiológicos que nos orientan a un mejor diagnóstico.

### Bibliografía

- Muller NL, Coxson H. Chronic obstructive pulmonary disease. 4: imaging the lungs in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002;57(11):982-5. 2. Hansell et al. Tórax Diagnóstico Radiológico. Marbán libros. Madrid 2007.
- Ciccarese F, Poerio A, Stagni S, Attinà D, Fasano L, Carbonara P, Bacchi Reggiani ML, Zompatori M. Saber-sheath trachea as a marker of severe airflow obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *Radiol Med*. 2014 Feb;119(2):90-6. doi: 10.1007/s11547-013-0318-3. Epub 2013 Dec 3.
- Tunsupon P, Dhillon SS, Harris K, Alraiyes AH. Saber-sheath trachea in a patient with severe COPD. *BMJ Case Rep*. 2016 Feb 24;2016. pii: bcr2016214648. doi: 10.1136/bcr-2016-214648.

299/26.

## Hemoptisis de repetición. Debemos explorar correctamente.

### Autores:

- (1) José Manuel Helguera Quevedo; (2) Concepción Astruga Tejerina; (3) Cristina Bonnardeaux Chabburn.

### Centro de Trabajo:

- (1) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (3) Médico de Familia. SUAP Campoo-Los Valles. Cantabria.

### Descripción del caso

Paciente mujer de 22 años que acude a urgencias de atención primaria por presentar desde hace 3 días y sin traumatismo previo aparente, grandes hematomas en tronco y extremidades. Derivada hace 10 días por su Médico de AP a Neumología por hemoptisis fluctuante en 3 ocasiones en el último mes, pendiente de consulta. No dolor, astenia ni fiebre. Trabaja como ayudante a domicilio. No fumadora. No tiene antecedentes personales ni familiares de interés.

### Exploración y pruebas complementarias

Hematomas en distintas fases de evolución de hasta 10 cms en tronco, brazos y EEII. Adenopatías laterocervicales bilaterales de 1-2 cms, blandas y rodaderas.

Tª 36,8. Auscultación cardio pulmonar normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, bioquímica y coagulación normales.

Radiografía de tórax normal.

VSG 35, serología mononucleosis negativo. Mantoux negativo.

En Urgencias del Centro de Salud se le hizo un tests de Strep A que fue positivo.

### Juicio clínico

Hemoptisis y púrpura no palpable por CID estreptocócica.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la hemoptisis es complejo, desde procesos respiratorios y del área ORL primarios, como por extensión de enfermedades sistémicas. Es extraordinaria la coexistencia con un proceso purpúrico, lo que amplía el diagnóstico diferencial. Debemos investigar coagulopatías e infecciones de entrada, para valorar otros posibles diagnósticos en caso negativo.

En cuanto a las enfermedades sistémicas, las principales serán las alteraciones de la coagulación, amiloidosis, trombos (CID), embolias (colesterol, grasa, infecciosas), neoplasias y vasculitis (vasculitis leucocitoclástica, poliarteritis nudosa).

### Comentario final

La púrpura aparece por extravasación de eritrocitos en la dermis, por lo tanto se trata de lesiones que al comprimir las no blanquean. Se considera púrpura cuando el tamaño de las lesiones es igual o superior a 3 mm, de lo contrario serían petequias.

La púrpura por CID se desencadena por diversos tipos de infecciones (grampositivos, gramnegativos, virus y rickettsias), así como por lesiones tisulares y neoplasias. Existen lesiones similares en la púrpura fulminante, una forma de CID acompañada de fiebre e hipotensión, que aparece sobre todo en niños y adolescentes tras enfermedades infecciosas como la varicela, la escarlatina o la infección de las vías respiratorias, que es lo que le ocurrió a la paciente de nuestro caso.

En el Servicio de Urgencias de decidió tratar con Penicilina el cuadro, con remisión de la hemoptisis en 3 d, y resolución de los hematomas en 7 d. El posterior estudio neumológico fué negativo.

### Bibliografía

- Rico Gonzalez J. Diagnóstico de un exantema purpúrico. *Jano* 2005;68:59-60
- Yoshida M, Yamakawa H, Yabe M, Ishikawa T, Takagi M, Matsumoto K, Hamaguchi A, Ogura M, Kuwano K. Diffuse alveolar hemorrhage in a patient with acute poststreptococcal glomerulonephritis caused by impetigo. *Intern Med*. 2015;54(8):961-4. doi: 10.2169/internalmedicine.54.3838. Epub 2015 Apr 15.
- Santogati M, Spanu T, Scillato M, Santangelo R, Cavallaro F, Arena V, Castiglione G, Falcone M, Venditti M, Stefani S. Rapidly fatal hemorrhagic pneumonia and group A Streptococcus serotype M1. *Emerg Infect Dis*. 2014 Jan;20(1):98-101. doi: 10.3201/eid2001.130233.

## 299/29.

**Asma grave, reto en consulta de atención primaria****Autores:**

(1) Elena Salas Sánchez; (2) Miguel Angel Lopez Martinez; (3) Eva María Sánchez Fuentes; (4) María Lobo Marín; (3) Silvia González Garrido.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba; (2) Médico de Familia. Centro Salud Santa Rosa. cordoba; (3) Médico Residente año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (4) Médico Residente año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

**Descripción del caso**

Paciente mujer de 42 años sin antecedentes personales salvo asma grave persistente corticodependiente y con resistencia al tratamiento con omalizumab. Consulta de forma asidua en consultas de atención primaria por síntomas descompensatorios consistente en tos nocturna y sensación de falta de aire. Dos episodios de descompensación grave con necesidad de ingreso en UCI e intubación orotraqueal, principalmente en contexto de infecciones respiratorias por virus influenza.

**Exploración y pruebas complementarias**

En consulta, destaca en auscultación cardiopulmonar de forma predominante disminución generalizada del murmullo vesicular y en alguna ocasión sibilantes bilaterales dispersos. Fascies cushingoides por tratamiento con corticoesteroides. Mediante pulsioximetría siempre ha mantenido saturaciones de oxígeno en torno a 98%. Espirometría: FVC: 2360 FEV1: 960.

**Juicio clínico**

Asma persistente grave corticodependiente

**Diagnóstico diferencial**

Asma bronquial en diferentes estadios

**Comentario final**

Nuestra paciente presenta un reto desde el punto de vista de las descompensaciones puesto que presenta un tratamiento completo que deja poco margen de actuación a la hora de reforzarlo en dichas situaciones. Cabe mencionar la importancia de actitud preventiva especialmente en su caso, bien sea mediante vacunación, evitando exposición a determinados aeroalérgenos, etc. Tenemos la suerte de ser una paciente muy colaboradora y conocedora de su proceso, que ante cualquier situación anómala acude a consulta a referirla y podemos llegar a actuar previamente a la descompensación, y en temporadas de mayor susceptibilidad de infecciones bronquiales debemos realizarle un seguimiento estrecho.

Resaltar la importancia clínica sobre pruebas complementarias particularmente en este caso, ya que sólo ha presentado alteraciones en la misma previo ingreso en UCI, consultando ese mismo día hasta en cuatro ocasiones en puntos de urgencias; así como impacto socioeconómico para la paciente, con ingresos de forma continuada que impiden un desempeño de su trabajo y limitaciones en su vida cotidiana, estando expuesta a una morbi-mortalidad mayor.

**Bibliografía**

Guía Gema: Guía española para manejo del asma  
Rodríguez García JL (co) et al: Diagnóstico y tratamiento médico. 5º ed. Madrid. Marbán. 2013.

## 299/30.

**¿Qué me pasa en el cuello?****Autores:**

(1) Cristina Bonnardeaux Chadburn; (2) Concepción Astruga Tejerina; (3) Mariano Rodríguez Porres; (4) Juan Luis García Rivero; (5) José Manuel Helguera Quevedo; (6) Miguel Santibañez Margüello.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. SUAP Campoo-Los Valles. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.; (4) Médico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.; (6) Universidad de cantabria.

**Descripción del caso**

Varón de 17 años, asmático, desde que tenía 1 año, en tratamiento con salmeterol/ fluticasona 50/250 y prednisona oral, 6mg/día. Refiere desde hace 5 días odinofagia, tos y disnea que no mejora con tratamiento inhalador y que comienza subitamente con tumefacción en cuello, junto a disfonía y dorsalgia, motivo por el cual acude al centro de salud. Antecedentes personales de neumonía y asma mal controlado, por no cumplir tratamiento terapéutico con varias exacerbaciones al año tratadas en Urgencias sin llegar a ingreso hospitalario.

**Exploración y pruebas complementarias**

Consciente y orientado. Disnea. Afebril. Faringe hiperémica, no edemas. ACP normal, no sibilancias. Saturación 99% Se palpa crepitación a nivel cervical con sospecha de enfisema subcutáneo. AC: rítmico, no soplos. AP: Murmullo vesicular conservado. Se deriva a hospital. Rx de tórax: línea de enfisema bilateral paracervical y dudosa imagen lineal en campo superior derecho de neumotórax. Se pauta tratamiento conservador e inhaladores y se pide interconsulta a Alergología. (Tiene un prick test negativo de cuando era un niño)

**Juicio clínico**

Enfisema subcutáneo en el contexto de Asma persistente moderado no controlado por mala adherencia terapéutica

**Diagnóstico diferencial**

Pericarditis, Angina de pecho, Perforación espontánea de esófago (S. de Boerhaave).

**Comentario final**

El enfisema subcutáneo es un hallazgo presente en el neumomediastino espontáneo que es la presencia de aire en mediastino. Dentro de su etiología se encuentran las crisis asmáticas además de otros factores como el ejercicio intenso, vómitos, consumo de tóxicos, etc. En nuestro caso se trata de un adolescente con mal control de su asma por tratamiento irregular. Debemos incidir en la educación sanitaria en el asma y hacer un seguimiento más continuado para evitar complicaciones

**Bibliografía**

1. Chen IC, Tseng CM, Hsu JH, Wu JR, Dai ZK. Spontaneous pneumomediastinum in adolescents and children. Kaohsiung J Med Sci 2010; 26:84-88. 2. I Macía, JA Moya, R Ramos, V Perna. Neumomediastino espontáneo, a propósito de 40 casos. Arch Bronconeumol. 2006;42: S-106.

## 299/31.

**Comunicamos, sanamos****Autores:**

Irene Martínez Moreno; María De Los Angeles Ballesteros Alviz; Inmaculada Pérez Moral.

**Centro de Trabajo:**

Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Trujillo del Río. Palma del Río. Córdoba.

## Descripción del caso

Paciente de 63 años, asmática, sin alergias conocidas, en tratamiento puntual con analgésicos por coxartrosis izquierda, que acude a consulta porque en el último mes ha tenido 3 episodios de reagudizaciones con disnea, tos nocturna, sin febrícula ni expectoración que han precisado aerosolterapia de urgencias, de manera similar a como le ha ocurrido en inviernos anteriores. toma como tratamiento para el asma terbutalina turbuhaler 500 cada 8 horas y budesonida turbuhaler 200 cada 12 horas. a pesar de usar la terbutalina como rescate en los episodios de disnea aguda me comenta que no nota mejoría ninguna hasta que le ponen los aerosoles nebulizados. pido a la paciente que me haga una demostración de cómo se pone los inhaladores y falla por completo en la técnica, no realizando bien ninguno de los pasos y ni siquiera cargando correctamente el modelo turbuhaler. tras pararme a explicar la técnica inhalatoria e incluso dandosela por escrito, la paciente me confiesa que nunca nadie le había explicado como ponerse el inhalador, solo unas nociones en la farmacia. cito en 15 días para ver evolución y la paciente vuelve muy contenta porque ya no tiene crisis de disnea y esta controlando mejor sus síntomas.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, no cianosis

Auscultación cardiorespiratoria: rítmica, no soplos audibles, murmullo vesicular conservado con sibilantes globalizados

Saturación O<sub>2</sub>: 94%

Miembros inferiores: no edemas, ni signos de trombosis venosa profunda

Espirometría basal: fvc 4.40, fev1 2.95, fev1/fvc 67%, pef 5.15

Espirometría post-broncodilatación: fev1 3.82 (112%), prueba positiva

## Juicio clínico

Asma bronquial mal controlada por manejo erróneo de inhaladores

## Diagnóstico diferencial

Epoc tipo mixto

Infección respiratoria intercurrente

Insuficiencia cardíaca tipo cor pulmonare

Reflujo gastroesofágico

Bronquiectasias

## Comentario final

Debido al poco tiempo por paciente, la presión asistencial tan importante que sufrimos y el dar las cosas por sabidas, nos puede llevar a "mal tratar" a nuestros pacientes, pues recetando lo correcto no hará el efecto esperado. simplemente con "gastar" unos minutos de más con esos pacientes, tener la paciencia para hacerles comprender cosas que para ellos son nuevas, enseñarles a manejar su medicación, ayudarles a ser autónomos, nos va a reportar un mayor beneficio. el médico de familia debe ser un buen comunicador y no solo un buen clínico, pues lo segundo sin lo primero hará nuestra labor de sanar más complicada de lo que a veces realmente es.

## Bibliografía

1. Plaza Moral V. *Guía Española para el manejo del asma*

2. Romero Jimenez CE. Errores en la técnica de inhalación en los pacientes con EPOC en Atención Primaria. *Semerger*. 2015;41 (Espec Congr):254

3. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes?. *Atención Primaria*. 2006;37(6):347-349.

## 299/32.

## ¡La bebida mata!.....o no....

### Autores:

*Irene Martínez Moreno; Inmaculada Pérez Moral; María De Los Angeles Ballesteros Alviz.*

### Centro de Trabajo:

*Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Trujillo del Río. Palma del Río. Córdoba.*

## Descripción del caso

Paciente de 61 años, sin alergias conocidas, fumador de 80 paquetes/año, bebedor habitual. En analítica de control se detecta elevación de enzimas hepáticas, GGT y triglicéridos. Se recomienda abstinencia alcohólica, se solicita Eco abdominal y se cita para seguimiento. Pero el paciente vuelve a los 15 días por disnea, comentándonos en esta ocasión que había perdido peso en los últimos meses. En la auscultación cardiopulmonar, se detecta una abolición del murmullo en campo pulmonar derecho por lo que se solicita Radiografía urgente, en la cual se aprecia aumento de densidad en lobulo superior derecho compatible con masa pulmonar por lo que se deriva a Urgencias para completar estudio. El paciente se queda ingresado, realizándose TAC toracoabdominal con diagnóstico de masa suprahiliar derecha, derrame pleural derecho, adenopatías mediastínicas e infiltración hepática metastásica, confirmando la anatomía patológica Cáncer de Pulmón Microcítico. LA evolución del paciente fue fulminante, comenzando durante el ingreso la ictericia, encefalopatía hepática y disnea refractaria que llevaron al fallecimiento del paciente a los 10 días de su ingreso.

## Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, bien hidratado y perfundido, disneico

Auscultación Cardiopulmonar: rítmico, no soplo sistólico, murmullo vesicular abolido en campo pulmonar derecho

Miembros Inferiores: leves edemas sin fovea

Analítica: Hemograma normal, Bioquímica: AST 126, ALT 136, GGT 312, TG 390

Radiografía de Tórax: aumento de densidad en lobulo superior derecho compatible con masa pulmonar

TAC toracoabdominal: masa suprahiliar derecha, derrame pleural derecho, adenopatías mediastínicas e infiltración hepática metastásica

Biopsia Pulmonar: carcinoma de células pequeñas

## Juicio clínico

Cáncer de Pulmón Microcítico

## Diagnóstico diferencial

Hipertransaminasemia alcohólica

Hepatopatía reagudizada

Ictericia Obstructiva

Neumonía

Absceso Pulmonar

Derrame pleural

## Comentario final

Como en Medicina muchas veces las cosas no son lo que parecen, se le exige al médico de familia un plus que ningún otro especialista suele aportar, que consiste en mirar al paciente de manera integral y no hacer juicios prematuros. Un alcohólico puede ser sólo eso o terminar teniendo una enfermedad mortal y fulminante. Obviamente las cosas no se pueden hacer de manera precipitada ni exagerada y hay que seguir unas pautas de actuación marcadas por el estado general del paciente y no sólo por las pruebas complementarias. En este caso, no sólo la clínica fue silente sino también las leves alteraciones analíticas que se

podían encuadrar perfectamente dentro de un alcoholismo. La propia evolución y expresión de la enfermedad fue la que marcó los pasos a seguir para llegar a un diagnóstico, aunque finalmente el desenlace no fuera el que esperábamos.

#### Bibliografía

1. Johnson RD, O'Connor ML, Kerr RM. Extreme serum elevations of aspartate aminotransferase. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90;1244-5.
2. Etapas del cáncer de pulmón microcítico [Internet]. Cancer.org. 2018 [cited 5 March 2018]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon-microcítico/detección-diagnóstico-clasificación-por-etapas/clasificación-por-etapas.html>
3. Belhassen-García M, Velasco-Tirado V, Carpio-Pérez A, Soler-Fernández M, López-Bernús A, Pardo-Lledias J et al. Pancreatitis aguda e ictericia obstructiva secundaria a metástasis de cáncer de pulmón. *Gastroenterología y Hepatología.* 2009;32(10):697-701.

## 299/37.

### Cáncer de pulmón: presentación infrecuente.

#### Autores:

María Eulalia Esquerro Tuñí.

#### Centro de Trabajo:

Médico de Familia. CAP Barceloneta. Barcelona.

#### Descripción del caso

Paciente varón de 67 años que consulta por dolor intenso en hombro izquierdo con limitación de la abducción de 3 días de evolución, el dolor impide el descanso nocturno. Antecedentes patológicos a destacar: exfumador hace 20 años y Diabetes Mellitus II tratada con hipoglucemiantes orales.

#### Exploración y pruebas complementarias

1. Maniobra de Hawkins (Mb) o movilidad pasiva del hombro, positiva. 2. Mb del arco doloroso o movilidad activa del hombro, positiva. 3. Mb de Yocum o movilidad activa contra resistencia del hombro, muy positiva. 4. Rx hombro AP de urgencias: sin lesiones óseas. 5. Ecografía del hombro: imagen hipoecogénica de bordes mal definidos en la articulación acromio - clavicular.

#### Juicio clínico

Se diagnostica de sdr. Subacromial y se indica reposo, paracetamol y antiinflamatorios. Consulta a las 72 h por dolor intenso que impide el descanso nocturno motivo por el que se le realiza infiltración del hombro. Se solicita ecografía de hombro para ampliar estudio y se remite a reumatólogo. Nuevamente consulta a la semana siguiente por presentar signos inflamatorios localizados en el hombro: dolor, calor, rubor, tumefacción y con la sospecha clínica de artritis se realiza punción en la que se extrae 6 cc de líquido sero - hemático y se remite a urgencias.

#### Diagnóstico diferencial

1. Patología periarticular: Sdr. subacromial o tendinitis del manguito de los rotadores, tendinitis bicipital, tendinitis calcificada, bursitis, o patología acromio-clavicular. 2. Patología articular: artritis infecciosa o reumática o micro cristalina, artrosis y capsulitis adhesiva. 3. Patología ósea: tumor o metástasis, mieloma múltiple, enfermedad de Paget, osteomielitis, necrosis aséptica vascular. 4. Dolor referido: tumor de Pancoast, cervicobraquialgia o artrosis cervical.

#### Comentario final

El paciente con clínica y diagnóstico de Sdr. Subacromial, nos alerta por signos inflamatorios, realizamos nueva punción con extracción de líquido sero - hemático y al sospechar artritis se remite a urgencias para ingreso y estudio. Durante el ingreso se practica RMN del hombro que muestra tumor de partes blandas de 5 cm que infiltra y destruye la articulación acromioclavicular. La prevalencia del hombro doloroso en la población general es del 7 al 34%, siendo el Sdr. Subacromial una de las patologías más frecuentes en atención primaria del aparato locomotor después de las algias de columna. Dos datos relevantes en este caso son la manifestación inicial de un cáncer de pulmón y la tumora-

ción de partes blandas por RMN, extensión metastásica al músculo esquelético excepcional en las neoplasias de órgano sólido. Dos datos relevantes en este caso son la manifestación inicial de un cáncer de pulmón y la tumoración de partes blandas por RMN, extensión metastásica al músculo esquelético excepcional en las neoplasias de órgano sólido.

#### Bibliografía

- Fernández Ruiz M, Vila-Santos J. Metástasis en músculo esquelético como presentación inicial de un cáncer no microcítico de pulmón. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47:422-3
- Pop D, Nadeemy AS, Venissac N, et al. Skeletal muscle metastatic from non small cell lung cancer. *J. Thoracic Oncol* 2009; 4 (10) 1236-41
- Sakhiri L, Mennier B, Jacquim D, et al. Atypical metastatic site of lung adenocarcinoma. *Rev Pneumol clin* 2011;67 (6) 375-9

## 299/38.

### Citología negativa

#### Autores:

María Isabel Maranges Comella.

#### Centro de Trabajo:

Médico de Familia. CAP Barceloneta. Barcelona.

#### Descripción del caso

- Paciente de 46 años, de sexo masculino. Fumador de 2 paquetes de tabaco/día
- Acude a la consulta con cuadro de malestar general, tos productiva y fiebre alta. Su aspecto era asténico, con pérdida de apetito y peso

#### Exploración y pruebas complementarias

- Auscultación respiratoria: roncus difusos y silencio respiratorio en lóbulo inferior derecho. Fatiga respiratoria y tiraje costal.
- Se pide radiografía de tórax y analítica urgente.
- Radiografía de tórax: nódulo único den LID
- Analítica: colesterol 116 y albumina 3,5.
- Se remite al paciente al circuito de diagnóstico urgente de neumología. Con los resultados siguientes:

PFR: FEV1 86%- DLCO 77%. Normal

TC de tórax: masa pulmonar LID, contacta con pleura.

Biopsia transbronquial: negativas a HIV, TBC y CMV.

PET-TC: masa hipermetabólica LID, sugestiva de tumor 1º.

Citología: negativo para células malignas, pero marcada celularidad inflamatoria aguda.

#### Juicio clínico

-Enfermedad inflamatoria tipo Granulomatosis Broncogénica.

#### Diagnóstico diferencial

-Nódulo pulmonar solitario benigno (50%): neoplasias benignas, inflamatorias, origen vascular, reumático, traumático, congénitos o infecciosos como la tuberculosis e histoplasmosis.

-Nódulo pulmonar solitario maligno (50%): aprox. el 41% son carcinomas broncogénicos y el 23% metástasis.

#### Comentario final

Se realizó control evolutivo. Dejó de fumar. Aumento ponderal de 8kgrs.

#### Bibliografía

1. Gambhir SS, Sheperd JE, et al. Analytical decision model for cost-effective management of solitary pulmonary nodules. *J Clin Oncol* 1998; 16(6): 2113- 25.
2. Jurado B, Díaz F, Ysamat R, Bahamonde C. Anejo del nódulo pulmonar solitario. *Rev Clin Esp* 1998 198: 35-40.

3. Muñoz A, Agustí A. Protocolo diagnóstico de los nódulos pulmonares. *Medicine* 1997; (7ª serie, nº 39): 1718-1720.
4. López B, Zufía G. Estudio del nódulo pulmonar solitario. *Jano* 2001; 61(1398): 7-13.
5. Midthum D, Swensen S, Jett J. Clinical strategies for solitary pulmonary nodule. *Ann Rev Med* 1992; 43: 195-208.
6. J.L. Viejo. *Carcinoma Pulmonar en Neumología*. Aula Médica. Ed. V. Sobradillo. Madrid, 1.993.
7. J.A. Fraser et al. *Diagnóstico de las Enfermedades del Tórax*. Tomo II. Ed. Panamericana

299/46.

## ¿Es importante el seguimiento de una Neumonía?. Derrame paraneumónico y empiema pleural complicaciones a tener en cuenta.

**Autores:**

(1) María Concepción García Valverde; (2) Evangelina Lopez Garcia.

**Centro de Trabajo:**

(1) Medico de Familia. Centro de Salud Caramuel. Madrid; (2) Medico de Familia. Centro de Salud Peña Prieta. Madrid.

### Descripción del caso

Varón, 27 años, en tratamiento (ttº) con levotiroxina 175 mcg al día por hipotiroidismo. Informático. Deportista habitual. No hábitos tóxicos. No convive con animales ni viajes ni ingresos recientes. Contacto con material de uralita los días previos.

Por presencia de dolor costal izquierdo (izdo) tipo pinchazo, que aumenta con la respiración, y febrícula de 2 días de evolución y posteriormente al tercer día aparición de fiebre de 40º y tos no productiva, acude a urgencias de hospital. Se le objetiva Neumonía basal izda (Rx tórax: condensación de base posterior hemitórax izdo) y pautándole levofloxacino y paracetamol se le deriva a su Médico de Atención Primaria para control. A los 5 días nos acude a consulta por persistencia de fiebre, malestar general y dolor costado izdo.

### Exploración y pruebas complementarias

Consciente y Orientado, TA 115/80, Saturación 95%, Tº 38,4º, Taquipneico, Auscultación cardiaca: rítmico 108 lpm no soplos, Auscultación pulmonar: crepitanes base izda.

Análítica: Hemoglobina 14.2, Hematocrito 43.1%, Leucocitos 31.1 (Neutrófilos 91%), Plaquetas 305, PCR 15.8, Procalcitonina 0.19, Gluc 99, Creatinina 1.20, Urea 31, Na 135, K 4.2.

Rx tórax: Derrame pleural izdo con signos de pérdida de volumen en lóbulo inferior izdo (LII)

TAC: Gran derrame pleural izdo con atelectasia pasiva del LII y segmentaria del Lóbulo Superior Izdo. Parte del derrame está loculado en la región laterosuperior del hemitórax izdo. Consolidación LII. Hallazgos sugerentes de derrame paraneumónico y/o empiema pleural.

Hemocultivos negativos.

Drenaje líquido pleural: Aspecto purulento. Abundantes polimorfonucleares. Cultivo: *Cándida Albicans* y posteriormente *Prevotella oris*. Citología negativa para células tumorales malignas.

### Juicio clínico

Neumonía adquirida en la comunidad complicada con empiema izdo.

### Diagnóstico diferencial

Otros procesos con derrame pleural: Neoplasias, Tromboembolismo pulmonar, Vasculitis, Neumonitis por fármacos, Hemorragia pulmonar, Neumonía organizativa.

### Comentario final

La sospecha etiológica, los factores de riesgo del paciente, la situación clínica y los hallazgos clínicos de gravedad nos orientan el pronóstico/riesgo de mortalidad de la Neumonía y el lugar de

ttº (ambulatorio u hospital). Es esencial iniciar ttº cuanto antes de forma empírica para disminuir gravedad y complicaciones.

Todo paciente con Neumonía debe ser reevaluado a las 48-72 h o antes si la evolución no es buena. Los derrames paraneumónicos constituyen un tercio de todos los derrames pleurales. Aproximadamente un 40% de los pacientes con Neumonía desarrollan un derrame, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad por esta causa, de ahí la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportuno. Si en una Neumonía con derrame persiste la fiebre tras 48 h tras ttº antibiótico y/o hay aumento de derrame o tabicación debe sospecharse de derrame complicado. Una Rx de control no debe realizarse de rutina pero si está indicada en caso de mala evolución clínica por la necesidad de ingreso hospitalario.

### Bibliografía

- Abada N, Melchor R, Izquierdo M., Jara B., Jareño JJ. Derrame pleural paraneumónico y empiema pleural. *Rev Patol Respir* 2008;11(3):116-124.
- NICE. *Pneumonia in adults: diagnosis and managment*. Clinical guideline NICE; 2014.
- [http://www.fisterra.com/guías-clínicas/neumonía adquirida en la comunidad](http://www.fisterra.com/guías-clínicas/neumonía_adquirida_en_la_comunidad). Última revisión 06/09/2017

299/51.

## Creo que he cogido catarro

**Autores:**

(1) María Ángeles de la Hoz Gutiérrez; (2) Mº Jose Arques Perez; (3) Silvia Díez Martínez; (4) Ana María González Pedraja; (5) Adriana Mazon Perez; (6) Ana Isabel Ortiz Blanco.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Polanco. Cantabria; (3) Medico de Familia. SUAP Alisal. Cantabria; (4) Médico de Familia. Centro de Salud General Dávila. Cantabria; (5) Medico de Familia. Centro de Salud Saja. Cantabria; (6) Medico de Familia. Centro de Salud Maria Fernandez Perez-Rasilla. Cantabria.

### Descripción del caso

Paciente de 83 años que acude a nuestra consulta por tos con escasa expectoración, sin fiebre acompañante, con ACP: sin alteraciones en el momento actual siendo diagnosticada de CVA se la pauta tratamiento sintomático con acetilcisteína y paracetamol si fiebre. Nos avisan a los cinco días por empeoramiento del estado general con disnea de mínimos esfuerzos, astenia, malestar general y fiebre de hasta 38ºC sin mejoría tras toma de paracetamol. Como antecedentes personales presenta alergia a penicilinas, HTA y obesidad. Tratamiento con amlodipino 10 mg cada 24h

### Exploración y pruebas complementarias

Consciente desorientada temporo espacialmente, Tº 37.5, TA: 120/75mmHg FC: 88lpm, FR: 14 rpm, SATO2: 89%, AC: ritmo sinusal, no se auscultan soplos, AP: Murmullo vesicular conservado roncus bilaterales, abdomen sin alteraciones, EELL: no edemas, no signos de TVP. Por todo lo anterior se decide su traslado a SUH.

Donde se le realiza:HEMATIMETRÍA: LEUCOCITOS 4.0 10\*3/µL, Hemoglobina 11.4 g/dL, Hematocrito 34.4 %, PLAQUETAS 123 10\*3/µL gasometría arterial: ph 7.45. pco2 36 mmhg. po2 63 mmhg. Rx TÓRAX (AP) No infiltrados. Microbiología:MUESTRA: F NASAL Y FARINGEO V INFLUENZA A (PCR, LIAT) Positivo, V INFLUENZA B (PCR, LIAT) Negativo, Hemocultivo Aerobio 1º extracc Estéril a los 6 días de incubación, Hemocultivo Aerobio 2ºextracci Estéril a los 6 días de incubación y Hemocultivo Anaerobio 1º extra Estéril a los 6 días de incubación.

Se inicia tratamiento con levofloxacino E.V y Oseltamivir 75 mgr cada 12h, con mejoría siendo alta a domicilio a las 72h (tras pasar levofloxacino a vía oral), completando tratamiento de Oseltamivir 75 mgr hasta completar 5 días, y levofloxacino 500 mg cada 24h hasta completar 7 días, siendo alta.

## Juicio clínico

Infección respiratoria y Gripe A

### Diagnóstico diferencial

Resfriado común, bronquitis aguda, neumonía, IRA virales y gripe A/B

### Comentario final

No todas las infecciones respiratorias son por virus, ni todas son bacterianas, hay que recordar (y sobre todo en epidemia de gripe) que muchas veces son infecciones víricas que se sobre infectan con bacterias, por eso hay que hacer exhaustivo seguimiento a todos nuestros pacientes geriátricos con clínica catarral.

#### Bibliografía

Monto AS. Epidemiology of viral respiratory infections. *Am J Med* 2002;112(Suppl 6A):4S-12S. Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR), World Health Organization (WHO) (<http://www.who.int/csr/sars/country/en/index.html>) Donowitz GR., Mandell GL. Neumonía aguda. En Mandell, Douglas y Bennett. *Enfermedades infecciosas*. 1997: 682-98. Ed.Panamericana

299/52.

## Doctor, mi madre creo que tiene gastroenteritis

### Autores:

(1) María Ángeles de la Hoz Gutiérrez; (2) Silvia Díez Martínez; (3) M<sup>o</sup> Jose Arques Perez; (4) Ana María González Pedraja; (5) Adriana Mazon Perez; (6) Ana Isabel Ortiz Blanco.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria; (2) Médico de Familia. SUAP Alisal. Cantabria; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Polanco. Cantabria; (4) Médico de Familia. Centro de Salud General Dávila. Cantabria; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Saja. Cantabria; (6) Médico de Familia. Centro de Salud María Fernández Perez-Rasilla. Cantabria.

### Descripción del caso

Paciente de 90 años que nos avisa por fiebre de hasta 38°C náuseas, vómitos alimenticios sin productos patológicos de horas de evolución, con sensación de giro de objetos y episodios presincopeales, no clínica respiratoria, ni clínica urinaria acompañante. Como Antecedentes Personales solo presenta HTA a tratamiento con valsartan/HCT

### Exploración y pruebas complementarias

Palidez cutánea mucosa, consciente orientada y colaboradora, taquipneica, TA: 140/100mmHg FC: 87 lpm, SATO2: 87% AC: Ritmo sinusal no se auscultan soplos. AP: murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales con hipofonesis en hemitorax izquierdo. Abdomen blando depresible globuloso, no doloroso, no palpo masas ni visceromegalias, ruidos peristálticos positivos, no signos de irritación peritoneal. EEl: no edemas, no signos de TVP.

Dados los hallazgos anteriores se deriva a SUH donde se realiza HEMATIMETRÍA: Leucocitos 19.7 10e3/ $\mu$ L Plaquetas 115 10e3/ $\mu$ L, Cayados % 23.0 %, Segmentados % 72.0 %, Linfocitos % 5.0 % Proteína C reactiva 25.2 mg/dL Procalcitonina 7.63. GASOMETRÍA ARTERIAL (FIO2 26%): pH (a) 7.41, pCO2 (a) 50.5 mm Hg, pO2 (a) 57.5 mm Hg, HCO3 (a) 31.3 mmol/L, BE(exceso base) (a) 6.2 mmol/L, ctCO2 (a) 32.8 mmol/L, O2 sat (a) 92.6 %, tHb (a) 10.1 g/dL

Rx de tórax: imágenes de condensación en LSI y LII y derrame paraneumónico asociado.

Cultivo de esputo: legionella negativo.

Se inicia tratamiento con ceftriaxona y levofloxacino con empeoramiento progresivo siendo exitus.

### Juicio clínico

Sepsis grave secundaria a NAC

## Diagnóstico diferencial

Broncoaspiración, atelectasias, tuberculosis pulmonar, malformaciones congénitas broncopulmonares y neoplasias con afectación pulmonar o mediastínica

### Comentario final

En pacientes geriátricos hay que tener sumo cuidado y recordar una exhaustiva exploración, para descartar posibles patologías/focos infecciosos, ya que debido a su inmunosenescencia son más frecuentes las sepsis. Y ante paciente "añoso" que vomita nunca descartar la broncoaspiración.

#### Bibliografía

Schunemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:605-14. M. Nawal Lutfiyya, Eric Henley, Stephanie Wessel Reyburn y Linda F. Chang (2006). Diagnosis and Treatment of Community-Acquired Pneumonia (<http://www.aafp.org/afp/2006/0201/p442.html>) *Am FamPhysician*; 73(3):442-450. de Roux, A, Marcos, MA, Garcia, E, et al. Viral community-acquired pneumonia in immunocompromised adults. *Chest* 2004;125:1343.PMID 15078744

299/58.

## Síndrome de Distrés Respiratorio secundario a infección por Virus Influenza A (H1N1)

### Autores:

(1) María Isabel Infante Ruiz; (1) José Antonio Fernández Escribano; (2) Francisco Samuel Fernández Escribano.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba; (2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

### Descripción del caso

Paciente de 46 años fumadora de 10 cigarrillos/día, que consulta por malestar general, odinofagia y tos escasamente productiva. Tras exploración física es diagnosticada de catarro de vías altas y se pauta tratamiento con paracetamol y mucolítico. Cinco días más tarde acude a consulta por fiebre de hasta 39°C y escasa mejoría clínica por lo que se pauta antibioterapia. Una semana más tarde consulta nuevamente por empeoramiento del estado general, artralgias y mialgias generalizadas, sensación disnea con los accesos de tos y dolor costal bilateral de carácter pleurítico.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora. Lenguaje entrecortado. Constantes: Tensión arterial 90/60; Frecuencia cardíaca: 95 latidos/minuto; Saturación de Oxígeno: 90% (basal); Frecuencia respiratoria 20 respiraciones/minuto.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular globalmente disminuido, crepitantes bibasales y roncus bilaterales diseminados.

Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos valorables.

Dado el empeoramiento de la paciente se deriva a urgencias hospitalarias

Pruebas Complementarias:

Analítica (tres series): leucocitos 1800, plaquetas 100000, PCR 120. Resto normal

Radiografía de tórax: ICT normal. Aumento de densidad en LSD, LM y LII.

Gasometría arterial (FIO2 21%): pH 7,51 ; pCO2 30 ; pO2 42 ; HCO3 23,9 ; SatO2 84% ; ácido láctico 1,1

Microbiología: PCR Virus Influenza A positivo. Subtipo H1N1.

TAC tórax: extensas condensaciones parenquimatosas con broncograma aéreo, asociadas a vidrio deslustrado, localizadas en segmento anterior del LSD, LM y LII existiendo múltiples focos parcheados de consolidaciones peribronquiales de menor tama-

ño en LID, llingua y LSI. Pequeño derrame pleural derecho. Aadenopatías mediastínicas reactivas.

### Juicio clínico

Síndrome de Distrés Respiratorio secundario a infección por Virus Influenza A (H1N1)

### Diagnóstico diferencial

Bronquitis aguda. Embolia pulmonar. Neoplasia pulmonar. Metástasis. Absceso pulmonar. Tuberculosis. Sarcoidosis.

### Comentario final

Los pacientes con clínica de infección respiratoria secundaria a Virus Influenza A (H1N1) tienden a evolucionar rápidamente a fallo respiratorio agudo asociado o no a complicación de origen bacteriano. Dada la gravedad y morbimortalidad del cuadro es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial adecuado y ante su sospecha derivar de forma urgente para realización de un abordaje integral e implantación terapéutica inmediata con el objetivo de mejorar la supervivencia.

### Bibliografía

Menéndez R, Torres A; Aspa J; et al. Neumonía Adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Arch Bronconeumol. 2010;46(10):543-558

## 299/59.

### Disnea súbita. a propósito de un caso clínico

#### Autores:

(1) José Antonio Fernández Escribano; (1) María Isabel Infante Ruiz; (2) Francisco Samuel Fernández Escribano.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba; (2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

#### Descripción del caso

Paciente de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que acude a consulta por dolor punzante a nivel costal derecho posterior de inicio brusco hacía dos horas junto con sensación disnea a moderados esfuerzos. No dolor torácico ni sensación de palpitaciones ni otra clínica asociada. Refiere accidente hace tres semanas con una motosierra, sufriendo herida en rodilla izquierda por la que estuvo inmovilizado durante 48 horas tras las cuales presentó episodio autolimitado de edematización y eritema de miembro inferior izquierdo, realizando posteriormente vida activa.

#### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez cutánea y sudoración. Lenguaje entrecortado por disnea en reposo. Constantes: Tensión arterial: 110/90. Frecuencia cardíaca: 103 latidos/minuto. Saturación de Oxígeno (basal): 90%. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones/minuto.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con crepitantes bilaterales bibasales.

Miembros inferiores: edemas pretibiales bilaterales con fóvea. Miembro inferior derecho ligeramente aumentado de tamaño con aumento de temperatura no rubefacción. Pulsos distales presentes y simétricos.

Se procede a derivación a Hospital de Referencia para valoración urgente.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análítica con tres series: Dímero D 6909, resto sin interés

Gasometría arterial: ph 7,46 ; pCO2 36 ; pO2 61 ; HCO3 25,6 ; SatO2 (FiO2 24%) 90%

Radiografía tórax: no imágenes de condensación ni derrame.

ECG. ritmo sinusal a 90 lpm. Eje normal. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

AngioTC de arterias pulmonares: defectos de repleción en ramas segmentarias de LID, LM y LSD, así como lobares inferiores del LII en relación con TEP bilateral. En parénquima pulmonar se aprecia una condensación periférica en segmento anterior de LII así como otras laminares en LID con áreas en vidrio deslustrado que dado el contexto clínico del paciente pueden corresponder a pequeños infartos pulmonares/atelectasias en ambas bases, con zonas de hemorragia alveolar en LID.

Tronco de la pulmonar de calibre normal. CONCLUSIÓN. TEP bilateral con signos de isquemia pulmonar en bases.

Eco doppler venoso de MMII: Trombosis venosa profunda de territorio poplíteo derecho.

### Juicio clínico

Tromboembolismo Pulmonar bilateral. Trombosis Venosa Profunda territorio poplíteo derecho.

### Diagnóstico diferencial

Neumonía. Neumotórax. Infarto agudo de miocardio. Pericarditis. Insuficiencia cardíaca. Taponamiento cardíaco.

### Comentario final

La enfermedad venosa tromboembólica es una patología con elevada prevalencia en nuestro medio por lo que constituye un problema de salud de primer orden. Aunque menos frecuente que otras enfermedades vasculares como el infarto agudo de miocardio o la enfermedad cerebrovascular, dada su elevada morbimortalidad es primordial su sospecha diagnóstica con el fin de instaurar lo más tempranamente posible tratamiento. Igual de importante que su diagnóstico son las medidas profilácticas en pacientes de riesgo (inmovilizados, intervenciones quirúrgicas, etc)

### Bibliografía

Uresandi F, Monreal M, García F. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolismo pulmonar. Arch Bronconeumol 2013;49(12):534-47

## 299/60.

### Hemoptisis en paciente ex fumador. a propósito de un caso clínico

#### Autores:

(1) María Isabel Infante Ruiz; (1) José Antonio Fernández Escribano; (2) María Luisa Zorrilla Moreno; (2) Antonia Osuna Ortiz.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

#### Descripción del caso

Paciente de 69 años con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperuricemia, EPOC tipo enfisema y ex fumador desde hace 5 años que consulta por tos con dificultad para la expectoración de una semana de evolución, tras exploración anodina se pauta tratamiento con paracetamol y acetilcisteína. Un mes y medio más tarde, acude a consulta por malestar generalizado, pérdida de apetito, pérdida de peso de 4kg, tos con expectoración hemática y dolor costal bilateral de características pleuríticas.

#### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Palidez mucocutánea. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Tensión arterial: 150/90. Frecuencia cardíaca: 85 latidos/minuto. SatO2: 94% (basal) Frecuencia Respiratoria: 19 respiraciones/minuto. Auscultación cardiorrespiratoria. Tonos rítmicos sin soplos. Disminución generalizada de murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP.

Se deriva a urgencias hospitalarias.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

Análítica con tres series con valores normales

Radiografía de tórax: Gran masa basal derecha con derrame asociado. ICT normal. Hilios prominentes.

Se decide ingreso en Planta de Neumología para completar estudio.

TAC tórax: masa de 8,3 cm x 6 cm en LID que contacta con pleura visceral y dudosa afectación parietal. Derrame pleural derecho junto con adenopatías mediastínicas (subcarinales e hiliares derechas)

PET-TAC: hipermetabolismo en masa localizada en LID sugestiva de primaria y afectación ganglionar mediastínica N2.

Fibrobroncoscopia: positivo para malignidad.

**Juicio clínico**

Carcinoma broncogénico estadio T3 N2 M0

**Diagnóstico diferencial**

Tuberculosis. Bronquitis Aguda. Neumonía. EPOC reagudizado.

**Comentario final**

El cáncer pulmonar es un importante problema de salud pública. Desde hace años constituye uno de los tumores diagnosticados con mayor frecuencia en varones de países industrializados y también el que origina mayor número de muertes. Aunque ya es sabido que el consumo activo de tabaco es la principal factor etiopatogénico, se debe mejorar en la detección y diagnóstico en estadios tempranos con el fin de posibilitar un tratamiento quirúrgico con intención curativa. De ahí estriba el papel del médico de atención primaria como primer escalón de asistencia sanitaria, de modo que se eviten diagnósticos tardíos cuyo morbimortalidad es elevada.

**Bibliografía**

Arnedillo Muñoz A, Merino Sánchez M. Epidemiología del cáncer de pulmón en el ámbito de Neumosur. Rev Esp Patol Torác. 2017;(1):5-12

**299/61.****Nódulo Pulmonar Solitario. A propósito de un caso clínico****Autores:**

(1) José Antonio Fernández Escribano; (1) María Isabel Infante Ruiz; (2) María Luisa Zorrilla Moreno; (2) Antonia Osuna Ortiz.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

**Descripción del caso**

Paciente de 70 años ex-fumador desde hace 10 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes tipo II que consulta por tos con expectoración verdosa, fiebre y disnea a moderados esfuerzos de cuatro días de evolución. En auscultación cardiorrespiratoria se objetivan sibilancias inspiratorias y ronus dispersos, resto de exploración física sin interés. Se inicia tratamiento con antibioterapia, antipiréticos y mucolíticos. Una semana más tarde acude a consulta y refiere mejoría clínica aunque persiste tos residual no productiva por lo que se pauta tratamiento antitusígeno. Un mes después consulta de nuevo por persistencia de tos por lo que se solicita radiografía de tórax y espirometría cuyos resultados fueron anodinos.

Dada la persistencia clínica se deriva a Consulta de Neumología.

**Exploración y pruebas complementarias**

Se repite radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos.

1) TAC tóracoabdominal (Marzo 2017): enfisema paraseptal en vértices. Nódulo vs condensación nodular en LSI a estudio (control y si persiste a pesar de antibioterapia realizar PET)

2) TAC toracoabdominal (Junio 2017): persiste nódulo pulmonar de morfología irregular en periferia de LSI. Se recomienda PET

3) PET: se evidencia nódulo subpleural en LSI de 15x10mm (ya conocido) con discreta captación del radiofármaco (SUV máximo 2,24) No es posible descartar su naturaleza neoplásica por lo que se aconseja PAAF.

4) No es posible realizar PAAF

5) Cirugía diagnóstica y terapéutica: se realiza lobectomía superior izquierda. Biopsia intraoperatoria: adenocarcinoma.

**Juicio clínico**

Adenocarcinoma de pulmón

**Diagnóstico diferencial**

Neumonía. Bronquitis Aguda. Tuberculosis. Absceso pulmonar. Otros tumores pulmonares. Metástasis. Quiste broncogénico. Hamartoma.

**Comentario final**

La mayoría de los signos radiológicos que presentan los enfermos con nódulo pulmonar solitario (NPS) poseen escaso valor para descartar malignidad y pueden condicionar la realización de pruebas diagnósticas invasivas, con las posibles complicaciones que pueden desencadenar, en aquellos casos en los que se considera necesario su examen anatomopatológicos. El carcinoma broncopulmonar (CBP) constituye una causa frecuente de NPS en España por lo que una actitud expectante en un paciente con CBP condicionaría un retraso en el diagnóstico y por tanto un peor pronóstico. Existen dos situaciones en las que podría considerarse la benignidad de un NPS como son la ausencia de crecimiento en pruebas de imagen o la existencia de calcificaciones homogéneas, concéntricas o en palomitas de maíz. En el resto de casos, que son la mayoría, el diagnóstico de certeza requiere de pruebas invasivas.

**Bibliografía**

Álvarez Martínez CJ, Bastarrika Alemañ G, Disdier Vicente C, et al. Normativa sobre el manejo del nódulo pulmonar solitario. Arch Bronconeumol. 2014;50(7):285-293

**299/67.****Tos persistente . A propósito de un caso****Autores:**

(1) Gema Pérez Puertas; (2) M.carmen Cruz Rios; (3) M. Isabel Parejo Sánchez.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Villamanrique. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Juan Abad. Ciudad Real; (3) Medicina Interna. Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

**Descripción del caso**

Paciente de 28 años de edad sin ap de interés. NAMC. No hábitos tóxicos .

Acude a urgencias de c. Salud por tos persistente de 1 mes de evolución , primero productiva , después seca con dolor torácico en hemitorax izdo y disnea a moderados esfuerzos en la última semana.

**Exploración y pruebas complementarias**

BEG, febril (37.8),sat O2 96%.

ACP: normal

Abdomen anodino

Extremidades sin edemas

Laboratorio :PCR 8.96, resto normal .



Ex tórax : opacidad mediastínica sugerente de timoma, teratoma y linfoma.

Tac torácico : masa en medias tino anterior de 724x63 mm con necrosis en interior .

Biopsia tac dirigida pendiente de Ap

### Juicio clínico

Tumoración mediastínica pendiente de AP

### Diagnóstico diferencial

Timoma/teratoma/linfoma

### Comentario final

El timoma es el tumor de mediastino anterior más frecuente con una incidencia de 0,15 casos por 100.000hab.

En el 30% presentan tos , disnea y dolor torácico.

### Bibliografía

1. Grupo CTO. Neumología y cirugía de tórax . 8 edición . 2011

## 299/72.

### Como un Sd. Catarral

#### Autores:

(1) Gema Pérez Puertas; (2) M.carmen Cruz Rios; (3) M. Isabel Parejo Sánchez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Villamanrique. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Juan Abad. Ciudad Real; (3) Medicina Interna. Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

#### Descripción del caso

Paciente de 65 años de edad con Ap de :

ÉPOC,HTA, HBP y fumador de 4-5 cig/ día

Refiere cuadro de malestar general con febrícula , tos con expectoración purulenta ocasional y disnea a veces .

#### Exploración y pruebas complementarias

AEg, afebril, sat O2 (94%).

ACP: rítmico , no soplos, mvc con roncus y sibilancias , hipo ventilación en base derecha.

Resto anodino .

Rx tórax : opacidad con tendencia modular en base pulmonar derecha .

Tac torácico ; en región para mediastínica dcha masa hipo densa de 25 UH de 41 mm diámetro .

Broncoscopia: árbol bronquial dcho e izdo con signos de bronquitis .

Histología : epitelio pseudo estratificado ciliado que reviste una formación quística.

### Juicio clínico

Quiste broncogenico

### Diagnóstico diferencial

Neoplasia pulmonar

Malformaciones vasculares

Absceso pulmonar

### Comentario final

El quiste broncogenico es una de las malformaciones pulmonares más comunes.

En el adulto pueden ser hallazgos incidentales.

Pueden producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes o por complicaciones de las mismas( infecciones ) .

La localización más frecuente es en mediastínica medio y próximo a la carina.

### Bibliografía

1.Lyon RD, Me Adams Hp. Mediastinal broncogenic cyst. Radiology. 2013;186:427-428

## 299/80.

### Por esta tos me van a echar del empleo". Un caso de neumonitis por hipersensibilidad

#### Autores:

(1) Luz Marina Rivera Castro; (2) José Tomás Gómez Sáenz; (1) Eva Osés Arbeo; (3) Manuel Parra Rivera; (4) María José Gérez Callejas; (5) Cristina María Quintano Reina.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Arnedo. La Rioja; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Nájera. La Rioja.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Haro. La Rioja; (4) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061, La Rioja; (5) DUE. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

#### Descripción del caso

Varón de 44 sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Antecedentes personales de rinitis y asma alérgica intermitente con hipersensibilidad frente a polen de gramíneas.

Trabaja en empresa productora de goma y tiene contacto con palomas. Un familiar diagnosticado y en tratamiento por tuberculosis ganglionar.

Comienza hace unos 5 meses con mialgias, tos improductiva junto con disnea de grandes esfuerzos y progresiva que condicionan ingreso hospitalario por hemoptisis de escasa cuantía, autolimitada.

#### Exploración y pruebas complementarias

Auscultación pulmonar, crepitantes finos bilaterales y sibilancias dispersas.

Análítica.- Glucemia 93 mg/dL, creatinina 1,12 mg/dl, LDH 546 UI/L, PCR 0,26 mg/dl, Serología HIV negativa, Inmunoglobulina E 313U/mL

Rx tórax sin infiltrados ni derrame pleural. TAC torácico: Patrón microacinar difuso sobre todo en campos pulmonares superiores. Adenopatías hiliares bilaterales.

Tuberculina y Baciloscopias negativas. Lavado broncoalveolar con citología negativa para malignidad.

Precipitinas: Plumas (periquito, canario, cacatúa, loro y pinzón) negativo; excrementos de paloma positivo débil (dos arcos de precipitación), plumas de paloma positivo (un arco).

### Juicio clínico

Neumonitis por hipersensibilidad.

### Diagnóstico diferencial

Traqueobronquitis, asma, aspergilosis, silicosis, sarcoidosis, sarcoidosis, micobacterias, fibrosis pulmonar idiopática.

### Comentario final

Las neumonitis por hipersensibilidad (NH) o alveolitis alérgicas extrínsecas conforman un grupo de enfermedades del pulmón que afectan de modo preferente las vías aéreas más periféricas. Son inducidas inmunológicamente por la inhalación reiterada de

material orgánico muy diverso, fundamentalmente sustancias orgánicas y compuestos químicos de bajo peso molecular.

Pertencen al grupo de las Enfermedades pulmonares difusas dentro del grupo de entidades de causa conocida o asociadas a entidades bien definidas. Los agentes etiológicos de las NH son muy numerosos y se pueden agrupar en función del antígeno capaz de inducir la respuesta inflamatoria en Bacterianos, Fúngicos, Proteicos o Productos químicos.

La NH asociada a las palomas se denomina pulmón del cuidador de aves. Es más frecuente en varones, fumadores, de edad media. Puede afectar hasta un 7% de los colombófilos. Se caracteriza por una alveolitis linfocitaria asociada a una neumonitis granulomatosa. Los antígenos responsables tienen un tamaño entre 1 y 3 µm de diámetro para poder alcanzar el alveolo. Es necesaria la presencia de cofactores que amplifiquen la respuesta inflamatoria, en nuestro caso el plumón del ave, muy abundante en queratina.

El cuadro se presenta de forma aguda a las 4-6 horas de la exposición con tos, febrícula, mialgias y malestar general. En la exploración destacan los crepitantes bibasales que desaparecen en las intercrisis. Hay una forma subaguda caracterizada por disnea progresiva y una crónica con disnea, tos y pérdida de peso.

No suele cursar con eosinofilia marcadas. La presencia de Precipitinas ayuda al diagnóstico. La radiografía de tórax puede ser normal en episodios agudos o presentar infiltrados bilaterales. En el TAC lo más característico son los micronódulos centrolobulares, más marcados en campos superiores.

El pronóstico suele ser bueno si se evita la exposición antigénica, si bien la mortalidad de las formas crónicas puede llegar al 10%.

El tratamiento implica el cese de la exposición, pudiendo ser útiles los corticoides en el alivio sintomático.

#### Bibliografía

Mejía E y cols. Neumonitis por hipersensibilidad. *Neumología y Cirugía del tórax* 2007;7:115-123.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

299/13.

### Abordaje pragmático de la epoc: una realidad diversa

**Autores:**

(1) Roque Lucas Sánchez; (1) Victor Lopez Lifante; (2) David Moreno Martínez; (1) Enric Grau Comas; (1) Beatriz Rodríguez Corroero; (1) Nuria Jerez Viñas.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Cap Palau-Solita i Plegamans. Barcelona. Institut Catala de Salut.; (2) Médico Residente Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. Institut Catalá de Salut.

#### Introducción

La importancia de la E.P.O.C. , gravedad-prevalencia , es un hecho contrastado. Son necesarias políticas de intervención sanitarias para abordarlo.

En nuestro país, con estructura muy descentralizada de asistencia, supone un reto su aplicación

#### Objetivos

Análisis de los documentos Marco del Ministerio de Sanidad: Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud (1), Guía clínica para el tratamiento de pacientes con EPOC (2), Guías de Sociedades Científicas

#### Diseño

Método descriptivo de la documentación Consejerías de Salud y Sociedades Científicas (S.C.)

#### Emplazamiento

Se ha realizado en el CAP Palau-solita (Barcelona), del Institut Catalá de Salut

#### Material y métodos

Búsqueda Internet, de las Conserjerías de Salud, durante el mes de febrero de 2018, con documentación referente a E.P.O.C., con la elaboración de 8 variables. Búsqueda webs de S. C.

#### Aplicabilidad

Recomendaciones pragmáticas, en su ámbito de aplicación

#### Aspectos ético-legales

No se consideró Comité de Ética, por ser información de carácter no clínico de exposición pública y acceso libre

#### Resultados

Año publicación: 2005-17

Coordinadores: Conserjerías: 23- Sociedades Científicas: 8

Autores: C:173 ;S.C: 84

Rev Externos: C: 10; S.C: 25

Paginas: C: 1218, S.C: 465

Capitulos: C: 169 S.C: 56

Grup Trabajo: C: 2, S.C: 5

Soporte Societ Científicas: C:3; SC: 5

#### Conclusiones

Documentación es diversa en contenido-fechas

Grado de adecuación estructural multiforme y heterogénea

Proponemos existencia de Consenso político-técnico y elaboración documentos uniformes

Las S.C. han de caminar en la dirección de unificación de criterios y elaboración de guías únicas que refuercen los consensos internacionales y nacionales

Incorporación en los sistemas informáticos de las variables identificadas para su explotación

299/22.

### Ecografía del medico de familia comparada con la del radiologo en diagnostico de tvp como causa de tep

**Autores:**

Jose Daniel Lacasta Garcia; Montserrat Vallverdú Vidal; César Pardos Molina; María Company Ferrán; Aurora López Fernández; María Jose Abadías Medrano.

**Centro de Trabajo:**

Médico de Familia. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida.

#### Introducción

La TVP, como causa de TEP, puede ser diagnosticada, junto a la utilización de diferentes algoritmos diagnósticos, mediante una ecografía de compresión de EEII realizada por el médico de familia con formación básica, con poco margen de error respecto al radiólogo

#### Objetivos

Evaluar la precisión de la ecografía de compresión realizada por un médico de familia, respecto a la realizada por un radiólogo para el diagnóstico de la TVP como causa o sospecha de paciente con TEP.

## Diseño

Estudio prospectivo observacional

## Emplazamiento

Consulta

## Material y métodos

Se recogieron 30 pacientes con sospecha de TVP de miembros inferiores que acudieron a Urgencias durante 3 meses. Se realizó la técnica de compresión en dos localizaciones y tres puntos: dos puntos a nivel femoral y la vena poplítea en el hueco poplíteo por parte de un médico de familia en el servicio de Urgencias con formación en ecografía básica. Se realizó, a su vez, ecografía de EIL por radiólogo.

## Aplicabilidad

Atención Primaria

## Aspectos ético-legales

Consentimiento informado

## Resultados

17 pacientes fueron incluidos en el estudio. Se diagnosticó TVP en 9 pacientes (52%). Los dímeros D fueron positivos en 13 pacientes (76%). El análisis estadístico proporcionó una sensibilidad de 0,78 (0,40, 0,97) y una especificidad 1 (0,52, 1). VP+, 1 (0,47, 1), VP-, 0,80 (0,44, 0,97). Los resultados de una prueba de asociación empleando el test de Fisher deduce la significación estadística ( $p=0.0022624$ )

## Conclusiones

La ecografía de compresión EIL para diagnosticar TVP como causa de TEP, realizada por un médico de familia con formación básica puede ser similar, en éxito diagnóstico, a la realizada por el radiólogo general. La validación de la prueba con el test de Fisher resultó estadísticamente significativa.

## 299/27.

### Nivel de riesgo y clasificación fenotípica de nuestros pacientes EPOC. ¿Se corresponden con lo esperado?

#### Autores:

(1) Francisco Javier Ruíz Moruno; (2) Gaspar Ortiz Quintana; (3) Alicia Moscoso Jara; (4) Marta Entrenas Castillo; (1) M<sup>a</sup> Angeles Ortega Osuna; (5) María Trinidad Lechuga Varona.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. UGC Fuensanta. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fuensanta. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Santa Rosa. Córdoba.; (4) Médico Residente Neumología. UGC Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (5) Médico de Familia. UGC Aeropuerto. Córdoba.

## Introducción

GeEPOC 2017 propone una nueva clasificación en dos niveles de riesgo ante la necesidad de simplificar y adecuar la intervención; realizando la caracterización del fenotipo solo a pacientes de alto riesgo.

## Objetivos

Conocer la distribución de nuestros pacientes con EPOC según la clasificación de riesgo, fenotipo y comprobar si es suficiente clasificar fenotípicamente a pacientes de riesgo elevado.

## Diseño

Estudio analítico, observacional y multicéntrico.

## Emplazamiento

Consultas de 6 centros de atención primaria y una consulta monográfica hospitalaria.

## Material y métodos

Pacientes con diagnóstico EPOC reclutados consecutivamente en 6 centros de atención primaria ( $n=171$ , 83%) y una consulta monográfica hospitalaria ( $n=35$ , 17%).

Cálculo tamaño muestral: población total de 173.000 hab., frecuencia esperada 10%, nivel confianza del 95% y precisión del 3%,  $n=200$  pacientes.

## Aplicabilidad

Auditoría de historias clínicas de pacientes reales en consultas de atención primaria y hospitalaria.

## Aspectos ético-legales

Conformidad con los requisitos establecidos (Declaración de Helsinki, Tokio 2004 y LODP)

## Resultados

Variable Serie ( $n=206$ ) Primaria ( $n=171$ ) Hospital ( $n=35$ )  $p$

FEV1 (% teórico) 58,06+20,66 61,15+19,66 42,94+18,92 <0,0001

Disnea (mMRC) 1,43+1,11 1,23+1,01 2,06+0,97 <0,0001

Exacerbaciones 0,91+1,32 1,02+1,34 0,34+0,68 0,005

Ingresos 0,17+0,47 0,14+0,42 0,34+0,64 0,02

Riesgo alto 108 (52,4%) 85 (49,07%) 23 (65,7%)

Riesgo bajo 98 (47,6%) 86 (50,3%) 12 (34,3%)

$p=0,091$   $p<0,009$

Agudizador 57 (27,7%) 44 (25,7%) 13 (37,1%) \*ns

Mixto-ACO 15 (7,3%) 13 (7,6%) 2 (5,7%)

No-agudizador 134 (65,0%) 114 (66,7%) \*20 (57,1%) ns

Solo 3 pacientes debieron ser clasificados en otro fenotipo distinto al no-agudizador en el grupo de bajo riesgo

## Conclusiones

Confirmamos que no es necesario realizar fenotipo en pacientes de riesgo bajo.

En Atención Primaria existe infradiagnóstico en estadios iniciales. En hospital se ven pacientes más graves.

## 299/44.

### Estado vacunal en personas mayores con diabetes tipo 2

#### Autores:

José Mancera Romero; Francisca Hidalgo Martín; Teresa Sanz Ortega; María Rosa Sánchez Pérez.

#### Centro de Trabajo:

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Distrito Málaga-Guadalhorce. Málaga.

## Introducción

Las vacunas frente a la gripe y al neumococo están recomendadas en personas mayores con diabetes.

## Objetivos

Conocer el estado vacunal, gripe y neumococo, en las personas con diabetes tipo 2 (DM2) >65 años seguidas en Atención Primaria (AP).

### Diseño

Estudio descriptivo transversal.

### Emplazamiento

AP. Centro de salud urbano con una población de 38.000 habitantes.

### Material y métodos

2960 personas diagnosticadas de DM2. Tamaño muestral de 340. Muestreo aleatorio sistemático. 211 personas >65 años. Se estudian variables demográficas, cupo médico, complicaciones de la diabetes y patología concomitante. Medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0,05.

### Aplicabilidad

Los resultados obtenidos permitirán planificar medidas de mejora.

### Aspectos ético-legales

No precisa.

### Resultados

Se incluyeron 211 personas con DM2 >65 años, 113 (53%) mujeres. Edad media 73,3 años (IC 95%: 72,4-74,1). Tiempo evolución de 11 (DE±7) años. Fumaban 35 personas (15%). EPOC en 22 personas (10 %). Sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Vacunadas frente a la gripe 128 (61%) personas y frente al neumococo 46 (22%).

Vacunación antigripal: 68 mujeres (53%). No asociación con ninguna de las patologías estudiadas. Hubo diferencias en lo referente al cupo, aunque sin significación estadística ( $p = 0,06$ ).

Vacunación antineumocócica: 27 hombres (59%) vacunados y 19 mujeres,  $p = 0,006$ . No asociación con ninguna de las patologías, con el hábito tabáquico ni con la duración de la DM2.

### Conclusiones

Aceptable cobertura vacunal frente a la gripe y discreta frente al neumoco.

Las patologías concomitantes no parecen influir en la vacunación.

Existe un evidente margen de mejora.

## PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

### 299/18.

#### Mejora de calidad de vida en pacientes con apnea de sueño en un área de salud

##### Autores:

(1) Diana Saghin Saghin; (2) María Ángeles Ruiz Muñoz; (2) Eugenio José de la Torre Lozano; (2) María Pilar Carrasco Serrano; (2) Cristian Avón Gómez; (3) Alicia Merlo Ormeño.

##### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.; (2) Médico de Familia. Personal Estatutario Atención Primaria. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.; (3) Enfermera. Personal estatutario atención continuada. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.

### Introducción

El síndrome de apnea de sueño (SAHOS) son episodios recurrentes de limitación del paso de aire durante el sueño por alteraciones anatómicas y/o funcionales, con despertares frecuentes y sueño no reparador, somnolencia diurna, cambios de ánimo y trastornos respiratorios y cardíacos.

Afecta a un 2-6% de la población y más frecuente en hombres.

Diferentes estudios demuestran relación entre apneas no tratadas y deterioro en la calidad de vida.

### Objetivos

Intervenir sobre medidas higiénico dietéticas en nuestros pacientes afectados de SAHOS y valorar si existe mejoría en cuanto a su estado previo.

### Diseño

Estudio descriptivo transversal con pacientes seleccionados en una búsqueda en nuestro programa Turriano con diagnósticos CIE 9.

Se contactará telefónicamente y se pactarán citas para explicar diagnóstico y medidas aconsejadas para tratamiento. Nos basaremos en la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Se realizará seguimiento cada 3 meses durante 1 año, y se hará una última valoración de si existe mejoría en su calidad de vida.

### Emplazamientos

Zona salud semiurbana Centro de Salud de Miguelturra y Pozuelo de Calatrava en Ciudad Real.

### Material y métodos

Estudio descriptivo transversal con pacientes SAHOS en la búsqueda realizada, y acuden a citas para valorarlos.

Se excluirán pacientes cuya dependencia impida acudir a consulta.

Se estudian las 14 necesidades y solicitando colaboración voluntaria y exponiendo confidencialidad.

Transcurrido el año de estudio con varias consultas se evaluará la mejoría de calidad de vida en la última consulta.

### Aplicabilidad

Los resultados obtenidos mediante los factores estudiados serán tenidos en cuenta para mejorar la asistencia sanitaria en pacientes SAHOS.

### Aspectos ético-legales

Los investigadores no tienen conflictos de intereses.

### 299/19.

#### Estudio de infecciones respiratorias en un área de salud

##### Autores:

(1) Diana Saghin Saghin; (2) María Ángeles Ruiz Muñoz; (2) Eugenio José de la Torre Lozano; (2) María Pilar Carrasco Serrano; (2) Cristian Avón Gómez; (3) Cristina Hernández de Castro.

##### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.; (2) Médico de Familia. Personal Estatutario Atención Primaria. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.; (3) Enfermera. Personal estatutario atención continuada. Centro de salud de Miguelturra. Ciudad Real.

### Introducción

Uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria son las infecciones respiratorias. Pueden ser cuadros muy

variados. Se deben ver las características para valorar su diagnóstico etiológico. El consumo de antibióticos es alto. Se utilizan antibióticos en infecciones virales, incrementa coste de tratamientos y resistencias antimicrobianas.

### Objetivos

Conocer la prevalencia de infecciones respiratorias en general en nuestro medio, y describir sus características.

### Diseño

Se trata de un estudio prospectivo transversal en que se recogen características de las infecciones respiratorias de pacientes que acuden al centro de salud en un día determinado y con una periodicidad trimestral al cabo de un año, evitando variaciones estacionales o determinar su existencia, siguiendo el proyecto DIRA.

### Emplazamientos

Zona de salud semiurbana correspondiente a Centro de Salud de Miguelturra y Pozuelo de Calatrava.

### Material y métodos

Estudio prospectivo transversal recogiendo características de infecciones respiratorias de pacientes que acuden en un día de cada estación.

La información se recoge en una hoja general en la que se anotan datos genéricos. Para las infecciones respiratorias se rellenará una hoja de datos individual con diferentes aspectos relacionadas a las mismas. Se realiza el diagnóstico de dichas infecciones por las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios.

Todos los datos obtenidos se recogerán en una base de datos Excell y posteriormente se volcarán en SPSS para analizarlo.

### Aplicabilidad

Los resultados obtenidos serán tenidos en cuenta para mejorar la asistencia sanitaria.

### Aspectos ético-legales

Los investigadores declaran no tener conflictos de intereses.

## Comunicaciones médico residente

### CASOS CLÍNICOS

299/2.

### Debut de neoplasia pulmonar en ausencia de clínica respiratoria. A propósito de un caso.

#### Autores:

(1) María Aneri Vacas; (2) Enrique Rodríguez Guerrero; (3) Alejandro Campaña Moreno; (3) Gloria Fernández Molina; (4) Marina Gras Ruíz; (5) Antonio Hidalgo Requena.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.; (5) Médico de Familia. UGC Lucena. AGS Sur. Córdoba.

### Descripción del caso

AP: Cáncer de próstata tratado con RTU en 2008 y RT en 2013

HTA

Hernioplastia inguinal bilateral

Facoemulsificación con implante de lente en mayo 2017

EA: Cuadro de malestar general y astenia de dos semanas de evolución. Se etiqueta como trastorno depresivo y se trata con Sertralina. Vuelve a consultar por Cifras tensionales bajas de repetición.

### Exploración y pruebas complementarias

ECG: sin onda p y respuesta ventricular rápida, se retira tratamiento antihipertensivo, por FA de reciente comienzo, pautándose además Sintrom y Bisoprolol.

Análítica: Patrón colestásico por lo que se realiza ecografía de abdomen compatible con litiasis biliar que se trata con dieta y ácido ursodeoxicólico y anemia que se trata con sulfato ferroso.

Ante la persistencia del malestar y empeoramiento cognitivo y de la marcha vuelve a consultar siendo derivado al Hospital de referencia para su valoración por sospecha de hidrocefalia normotensiva. Ingresa en Medicina Interna.

TC Craneal: Aumento del tamaño del sistema ventricular a descartar hidrocefalia normotensiva.

Radiografía PA de tórax : Imagen de aspecto masa bien delimitada en zona apical y lóbulo superior del pulmón izquierdo.

Tc con contraste de tórax y abdomen : Masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo de 9x7x9.5 de aspecto neoplásico T4 N1 M0.

### Juicio clínico

Neoplasia pulmonar en lóbulo superior izquierdo T4 N1 M0

### Diagnóstico diferencial

Hidrocefalia normotensiva

### Comentario final

En este caso el hallazgo de la neoplasia pulmonar se hace de manera fortuita sin presentar la clínica característica de estos procesos. Este hecho nos debe poner en alerta desde Atención Primaria para no descartar este tipo de tumores aun sin la sintomatología típica, ampliando nuestras sospechas diagnósticas y solicitando aquellas pruebas complementarias a nuestro alcance para el correcto diagnóstico de nuestros pacientes.

### Bibliografía

Horn L, Pao W, Jhanson DH. Neoplasias del pulmón. En Harrison. Principios de Medicina Interna, 18 ª ed. <http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aiD057132413>

Uptodate. Paul Stark, MD. Imaging of lung cancer. [sede Web]. Mar 15, 2017 Mar 17, 2017. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com>.

Gasparri R, et al. J Breath Res. 2017Oct 16. doi: 10.1088/1752-7163/aa9386. [Epub ahead of print]

299/10.

### Causa infrecuente de epigastralgia de novo

#### Autores:

(1) Marina Gras Ruíz; (2) Beatriz Ridaura Ruiz; (3) Inmaculada Aguilar López; (4) Rosario Sánchez Ochoa; (5) Gloria Fernández Molina; (4) María Aneri Vacas.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Lucena, Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.

## Descripción del caso

Mujer de 81 años con HTA, Dislipemia, Gastritis crónica por HP erradicado en 2015, Pancreatitis litiasica con Colectomía; Acude a consulta por dolor epigástrico, continuo y sin irradiación de varias semanas de evolución acompañado de náuseas, digestiones pesadas y pérdida de apetito. Pérdida de unos 4kg de peso en los últimos meses. Hábito intestinal estreñido sin productos patológicos en las heces. La paciente también refiere disminución del estado de ánimo con anhedonia y labilidad emocional. No otra sintomatología en la anamnesis por órganos y aparatos.

Tras resultados anodinos en las pruebas complementarias y persistencia de la sintomatología, se decide derivación a Medicina interna para continuar estudio; mes y medio después la paciente ha perdido 10 kg de peso y aún está a la espera de cita, por lo que se consensua ingreso con el servicio de Medicina Interna para estudio hospitalario.

## Exploración y pruebas complementarias

En atención primaria:

En la exploración física, destaca dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho y aumento del peristaltismo. No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales.

Pruebas complementarias: Rx. Tórax PA y Lateral: Aumento de trama hilar, discreta cardiomegalia. Rx. Abdomen simple y en bipedestación: Meteorización de marco cólico, líneas del psoas conservadas, presencia de gas distal, ausencia de niveles hidroaéreos. Analítica sanguínea: Hb 11,2, Htco 34,9, Leucocitos 13810 (N 80,5% L 11,1%). PCR 5,8, Hierro 24, Ferritina 224, Transferrina 188, LDH 315, CA 15,3 36,4 (0-25). Ecografía abdominal: Los dos riñones presentan quistes sinusoidales prominentes ya evidenciados en estudios anteriores. Colectomizada. No se evidencian masas en FID/flanco derecho.

Durante el ingreso:

En la exploración física, pezón derecho algo invertido sin secreción y sin palpar masas ni adenopatías.

Pruebas complementarias: Mamografía: Hallazgos BIRADS I. TAC con contraste de Abdomen: Extensa masa pulmonar que ocupa gran parte del LII invadiendo diafragma llegando a contactar con polo superior esplénico y renal. Nodulación suprarrenal izquierda bilobulada de 3 x 1,5 cm y apariencia metastásica y masa adenopática en hilio renal izquierdo de 5 x 4 cm que desplaza y se adhiere íntimamente con aorta y arteria renal izquierda. Fibrobroncoscopia y PAAF: Carcinoma no células pequeñas, probable epidermoide.

## Juicio clínico

Carcinoma no células pequeñas, probable epidermoide.

## Diagnóstico diferencial

Dispepsia, úlcera péptica, gastritis crónica, coledocolitiasis, pancreatitis crónica, proceso tumoral.

## Comentario final

Ante un síndrome constitucional es importante no centrarnos en un único síntoma si no ver la enfermedad como todo un proceso, en este caso al comenzar todo el cuadro con una epigastralgia, el estudio se centró principalmente en el aparato digestivo, prestándole menos atención al resto de órganos. También debe servirnos para intentar resolver el problema de las derivaciones a especialistas que tenemos en atención primaria, ya que este caso la paciente no llegó si quiera a recibir la cita solicitada.

## Bibliografía

Midhun DE. Overview of the risk factors, pathology, and clinical manifestations of lung cancer. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Visitado el 23 Feb 2018).

Fernández EM, López A, Rodríguez de la Borbolla M. Cáncer gástrico y cáncer esofágico. I Curso de Oncología clínica básica para Atención primaria. 14:1-15.

## 299/12.

## Sarcoidosis, a propósito de un caso.

### Autores:

(1) María Aneri Vacas; (2) María Del Mar Báez Mateos; (3) Inmaculada Milán Pinilla.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.

## Descripción del caso

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica que afecta principalmente a personas de 20 a 60 años. Es detectada por los médicos de familia, al evaluar a pacientes con síntomas inespecíficos como tos o disnea. Su diagnóstico es de exclusión. Se sostiene que la patogénesis implica la exposición a uno o varios agentes ambientales o no ambientales en un individuo genéticamente susceptible que desencadena la activación del sistema inmunitario y la formación de granulomas no necrotizantes (características de la enfermedad). Dependiendo de alteraciones genéticas desconocidas o de defectos del sistema inmunológico, la reacción granulomatosa o bien se resuelve o persiste como inflamación crónica acabando en fibrosis.

Varón de 55 años con antecedentes de hiperuricemia y HTA ocasional, sin tratamiento habitual, acude a consulta por clínica de disnea de esfuerzo de varias semanas de evolución. Tras exploración cardio-pulmonar, TA y ECG normales, se revisa analítica previa, con ácido úrico en 7.7 y se etiqueta de disnea, con revisión en seis meses y dieta baja en purinas. Cuatro meses después el paciente acude de nuevo por empeoramiento de la disnea y se deriva a Cardiología, que descarta patología por su parte.

## Exploración y pruebas complementarias

BEG, consciente, orientado, eupneico en reposo, SatO2 96%, ACP rítmico, sin soplos ni rones, MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis.

-Analítica sanguínea: Creatinina 1.3 y FG 60 (previos normales), por lo que se deriva a Medicina Interna para completar estudio.

-Radiografía tórax: ICT < 0.5, aumento de ambos hilios. Patrón bilateral de predominio intersticial.

-Espirometría: patrón restrictivo moderado CVF 54%, FEV1 57% fev1/fvc 91,74 (109%).

-TAC tórax: en mediastino adenopatía retrocava de 12mm, prevascular de 10mm, hiliares bilaterales en torno al cm, subcarínica de 12mm. En parénquimas zonas de vidrio sutiles bilaterales, con algún nódulo acinar mal definido y mínimo engrosamiento nodular de cisuras y alguna zona de atrapamiento aéreo basal.

-Broncoscopia: normal.

-Autoinmunidad: normal.

-TAC-PET: adenopatías mediastínicas bilaterales y simétricas y patrón de vidrio deslustrado en ambos pulmones con captación moderada de las adenopatías.

## Juicio clínico

Sarcoidosis con afectación intersticial.

## Diagnóstico diferencial

Neumonitis alérgica subaguda, NID asociada al tabaco.

## Comentario final

El paciente al año manejaba una CV del 41 % y estaba en tratamiento con Prednisona de 30mg cada 12 horas. En la actualidad el paciente tiene una clase funcional de I y hace actividad normal. SatO2 basal 97%. Analítica normal y último TC-PET sin datos de

actividad inflamatoria o neoplásica. Acudirá a revisión en 2 meses.

La mayoría de estos pacientes presentan manifestaciones inespecíficas como disnea, tos, broncoespasmo y dolor torácico variables en número y en intensidad, de forma aguda o crónica. La progresión puede acabar en fibrosis pulmonar, presentando a menudo importantes alteraciones radiológicas en ausencia de síntomas.

#### Bibliografía

Carmona, E., Kalra, S. and Ryu, J. (2016). Pulmonary Sarcoidosis: Diagnosis and Treatment. Mayo Clinic Proceedings, 91(7), pp.946-954.

Martínez, B. Martínez, ML. Pascuala. Sarcoidosis: a propósito de dos casos diagnosticados en atención primaria. *Semergen* 2002;28:108-11.

## 299/21.

### Doctora me crepita el cuello

#### Autores:

(1) Rosario Sánchez Ochoa; (2) Marina Gras Ruíz; (3) Aurora Blanco Mora; (4) Alejandro Campaña Moreno; (1) Laura González Cosano; (5) Francisco Javier Galan Marin.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

#### Descripción del caso

Varón de 17 años sin alergia a medicamentos y sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de AP por presentar dolor a nivel supraclavicular izquierdo, acompañado de faringodinia y tos desde hace cuatro días. Hoy, refiere que mientras se vestía ha notado una crepitación en cuello. No fiebre ni otra sintomatología asociada. Niega visitas al dentista recientemente.

#### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Afebril. TA: 110/79 mmHg. Saturación O<sub>2</sub> 98%. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. No presenta cianosis ni tiraje. No signos de focalidad neurológica. Presenta crepitación a nivel supraclavicular izquierdo. ACR: Tonos rítmicos sin soplos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Ante los hallazgos encontrados se deriva a urgencias para realizar pruebas complementarias. Rx tórax urgente: enfisema subcutáneo izquierdo a nivel supraclavicular. Ligera imagen de neumomediastino en región pulmonar izquierda. Se contacta con radiólogo de guardia y se realiza TAC tórax: Neumomediastino difuso y enfisema subcutáneo cervicotorácico superior. El parénquima pulmonar es normal. No se aprecia imagen de neumotórax, derrame pleural ni lesiones en la pared torácica. Analítica de sangre (Hemograma, bioquímica y coagulación): destaca leucocitos 11.200 con ligera neutrofilia. Resto normal. Valorado por cirujano torácico indica que se trata de un proceso benigno e indica reposo y observación hospitalaria durante 24 horas para ver evolución. A las 24 horas del ingreso se realiza control radiográfico en el que persiste mínimo enfisema subcutáneo en región cervical izquierda, con mejoría respecto a previa. Estable clínicamente con saturación de oxígeno 99-100%. Se procede al alta hospitalaria recomendando reposo relativo durante dos semanas, no realizar ejercicio físico bucear ni viajar en avión, no fumar, evitar el estreñimiento. Tratamiento: analgesia, codeína y amoxicilina/clavulánico (875/125) vo cada 8 horas durante 7 días.

#### Juicio clínico

Neumomediastino y enfisema subcutáneo.

#### Diagnóstico diferencial

Perforación esofágica espontánea, neumotórax espontáneo, dolor torácico.

#### Comentario final

Es importante la exploración física y lectura sistemática de la radiografía de tórax para llegar al diagnóstico. Aunque se trate de un proceso benigno hay que diagnosticarlo correctamente para tratar al paciente, y así poder dar recomendaciones adecuadas. Además no debemos olvidar realizar un **diagnóstico diferencial** según la situación clínica del paciente. Indagar sobre procedimientos dentales previos es imprescindible ya que son una de las causas más comunes.

#### Bibliografía

<http://www.archbronconeumol.org/es/neumomediastino-espontaneo-estudio-descriptivo-nuestra/articulo/13078656/> A. Campillo-Soto, A. Coll-Salinas, V. Soria-Aledo, A. Blanco-Barrio, B. Flores-Pastor, M. Candel-Arenas, J.L. Aguayo-Albasini, A. Campillo-Soto, A. Coll-Salinas, V. Soria-Aledo, A. Blanco-Barrio, B. Flores-Pastor, M. Candel-Arenas, J.L. Aguayo-Albasini. Neumomediastino espontáneo.

## 299/33.

### Fiebre prolongada y caverna pulmonar como expresión de enfermedad de Wegener

#### Autores:

(1) Laura González Cosano; (2) María Dolores Pérez Tejero; (3) Gloria Fernández Molina; (3) Alejandro Campaña Moreno; (1) Rosario Sánchez Ochoa; (4) Antonio Rodríguez Morales.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Neumóloga. Hospital Infanta Margarita de Cabra. Córdoba.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

#### Descripción del caso

Mujer de 65 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos ni enfermedades de interés salvo nódulo tiroideo quístico, cefalea vascular y síndrome artrósico.

Tratamiento habitual: Condrosan, Tramadol/Paracetamol.

Consulta a su médico de familia sucesivamente por cuadro de astenia, fiebre, poliartalgias y tos con expectoración mucoide desde hace meses. Hipoacusia de instauración rápida.

Ante ausencia de mejoría con tratamiento sintomático se deriva a ORL, diagnosticando laringotraqueitis, otosclerosis y otitis media secretora. Persiste fiebre y aparece disnea progresiva con expectoración hemoptoica pese a tratamiento con Levofloxacino y corticoides.

Se deriva a hospital de referencia para ampliar estudio.

#### Exploración y pruebas complementarias

TA 144/86, FC 109, SatO<sub>2</sub> 90%, T<sup>o</sup> 36.5°.

Leve taquipnea en reposo. No adenopatías.

ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MV disminuido, roncus aislados, crepitantes finos basales.

- Rx tórax: condensaciones alveolo-intersticiales basales y parahiliares.
- ECG: normal.
- Analítica: Hb 10.9 g/dl, Hto 32%, Leucocitos 15600, Neutrófilos 81%, Plaquetas 800000, Glucosa 112mg/dl, Creatinina 0.5 mg/

dl, iones normales, proteínas totales 6.3 g/dl, PCR 11.5, VSG 109 mm.

- GSA: pO<sub>2</sub> 56, pCO<sub>2</sub> 35, pH 7.4, CO<sub>3</sub>H<sup>-</sup> 25.2, SatO<sub>2</sub> 92.8%.
- TAC toraco-abdomino-pélvico: consolidación pulmonar medial y perihiliar derecha, focos consolidativos alveolares pseudonodulares y claros nódulos basales bilaterales. Nódulo cavitado en LSI. Adenopatías pretraqueales, subcarinales e hiliares. Engrosamiento de celdillas etmoidales. Quiste de paredes calcificadas en istmo tiroideo.
- Hemocultivos, urocultivo, cultivo esputo, baciloscopias, PCR mycobacterias negativos.
- Serologías (FOD y neumonía atípica) negativas.
- ECA 57, C-ANCA positivo, anti-PR3 87UI/mL.
- FIBROBRONCOSCOPIA: mucosa globalmente edematosa, friable y secreciones mucoides.
- Biopsia transbronquial: acúmulos intraalveolares de macrófagos con pigmento granular, tingibles con azul de Prusia (macrófagos hemosiderínicos).
- BAL: abundantes hematíes y fórmula leucocitaria con predominio de macrófagos.

### Juicio clínico

Granulomatosis de Wegener. Hemorragia pulmonar.

### Diagnóstico diferencial

Síndrome febril (infecciones, colágeno-vasculitis, sarcoidosis, TEP...). Nódulos pulmonares cavitados (neoplasias, micobacterias, nocardiosis, histoplasmosis, aspergilosis, hidatidosis, artritis reumatoide, embolismo séptico, bronquiectasias...).

### Comentario final

La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica con inflamación granulomatosa necrosante de vasos de pequeño calibre. Etiología desconocida, afecta principalmente a vías respiratorias superiores (rinosinusitis crónica, secreciones purulentas y sanguinolentas nasales, epifora, mucocelos paranasales, otitis media serosa, nariz en "silla de montar") e inferiores (tos, hemoptisis, disnea, estridor, dolor pleurítico, nódulos pulmonares con tendencia a la cavitación, enfermedad pulmonar intersticial, hemorragia alveolar) y glomérulos renales. Prevalencia 190/millón habitantes, fundamentalmente varones >65 años.

Diagnóstico: combinación de manifestaciones clínicas, analíticas (c-ANCA, principalmente PR3-ANCA, leucocitosis, trombocitosis, anemia, elevación de VSG y PCR), pruebas de función pulmonar, radiología (nódulos cavitados, opacidades alveolares, lesiones estenóticas), fibrobroncoscopia y biopsia nasal, cutánea, renal o pulmonar (diagnóstico definitivo).

Tratamiento empírico ante alta sospecha de vasculitis con analítica compatible:

- Leve: Glucocorticoides+Metotrexato.
- Moderada/grave: Glucocorticoides+Ciclofosfamida+/-plasmaféresis.

Mantenimiento: Azatioprina/Metotrexato.

Importante el papel del médico de familia para una adecuada anamnesis y exploraciones complementarias básicas, que faciliten una sospecha clínica precoz de esta enfermedad sistémica con síntomas iniciales poco distinguibles de otros procesos respiratorios/ORL más habituales.

### Bibliografía

Soto Campos J, Acosta Bazaga E. Manifestaciones pulmonares de las enfermedades del tejido conectivo y vasculitis. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 3rd ed. Madrid: Ergón; 2016. Cap 40: p. 445-455.

Cobo Ibáñez T, Muñoz Fernández S. Guía clínica de Vasculitis leucocitoclástica [Internet]. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. 2017. Disponible en: <https://www.fjsterra.com/guias-clinicas/vasculitis-leucocitoclastica/>

## 299/35.

### Disnea crónica con saturaciones normales

#### Autores:

(1) Ana Quetglas Valenzuela; (2) Kevin Verney Lafont Jimenez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

#### Descripción del caso

Paciente mujer de 33 años que presenta desde octubre mareos, disnea y dolor precordial con el esfuerzo. Aumento progresivo de la sintomatología con esfuerzos cada vez menores hasta caída por escaleras debido a debilidad extrema. Presentaba dolor opresivo-urente a cuello sin cortejo vegetativo que aparece y desaparece espontáneamente sin clara mejoría a paracetamol ni nitratos. En urgencias sat O<sub>2</sub> < 90%, NYHA III-IV, en reposo, sin disnea pero con dolor torácico.

Antecedentes médicos: Portadora asintomática de VHB crónico (pasado hace 4 años). Hipoacusia moderada en relación a infección pasada. Migraña con aura. Helicobacter pylori tratada. Intervenciones quirúrgicas: ligadura de trompas, 3 cesáreas: por preclampsia en los dos últimos partos. Antecedentes familiares: 3 primos fallecidos por Hipertensión pulmonar en 1996, 1998 y 2000, uno de ellos se negó a trasplante. Tratamiento con amitriptilina 10/24h, lorazepam.

#### Exploración y pruebas complementarias

ECG, radiografía de tórax, ecocardiograma transtorácico y TAC torácico.

Cateterismo cardíaco derecho, test de la marcha, estudio genético, canalización vía venosa central. Fibroscan y valoración de la unidad de Trasplante Pulmonar y Hepatología.

### Juicio clínico

EVOP (enfermedad venooclusiva pulmonar)

### Diagnóstico diferencial

Otras causas de hipertensión pulmonar como la asociada a tromboembolismo crónico, a enfermedad respiratoria (EPOC), la debida a cardiopatía izquierda, hipertensión pulmonar idiopática asociada a enfermedades de tejido conectivo (fibrosis pulmonar) y a cardiopatías congénitas, infección por VIH, hemangiomatosis capilar funcional, HTP de mecanismo multifactorial.

### Comentario final

La EVOP muchas veces se engloba dentro del grupo de la HTP idiopática. Su diagnóstico precoz es importante, debido a su mal pronóstico y a la mala respuesta a los agentes vasodilatadores, que pueden provocar cuadros de edema de pulmón. El síntoma más frecuente es la disnea progresivamente creciente; puede existir hemoptisis leve, tos crónica y en fases avanzadas: cianosis, dolor torácico o síncope con el ejercicio. Entre los factores de riesgo de esta enfermedad se encuentran mutaciones del gen BMPR2.

La biopsia pulmonar abierta es determinante para el diagnóstico pero no siempre es viable por sus riesgos. El grado de hipoxemia contribuye tanto al edema pulmonar, como la hemorragia alveolar y la obstrucción vascular extensa por fibrosis. La medición de la capacidad de difusión de monóxido de carbono se ve disminuida y en muchos casos existe un patrón ventilatorio restrictivo. En TAC vemos opacidades centrolobulillares en vidrio deslustrado, líneas septales y linfadenopatías mediastínicas. La biopsia transbronquial no suele conducir al diagnóstico.

El pronóstico de la EVOP es más sombrío que el de otras formas de HAP. El único tratamiento curativo es el trasplante pulmonar. La supervivencia media es de 2 años y la mortalidad suele ser por disfunción grave del ventrículo derecho y edema pulmonar masivo.



**Bibliografía**

1. Barberá JA, Román A, Gómez-Sánchez MA, Blanco I, Otero R, López-Reyes R. (et al) Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. Normativa SEPAR, Barcelona Editorial Respira, 2017

2. Xaubet A, Ancochea J, Bolla E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M., (et al) Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Archivos de Bronconeumología 2013 (citado 07 marzo 2018); 49(8): 343-353

299/39.

**Proceso Infeccioso (Aspergilosis) en Paciente Inmunodeprimida****Autores:**

(1) Alejandro Campaña Moreno; (2) Rubén Mateos Ortega; (3) Rosario Sánchez Ochoa; (4) Marina Gras Ruíz; (3) María Aneri Vacas; (3) Laura González Cosano.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Cabra. Córdoba; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.

**Descripción del caso**

Mujer de 27 años sin alergia a medicamentos y con enfermedad de Crohn en tratamiento con mesalazina y azatioprina que acude a la consulta de Urgencias por presentar dolor centrotorácico tras un ataque de ansiedad

que se ha reproducido en los últimos días. No fiebre. No pérdida ponderal. No sudoración. No alivio postural ni con mediación.

**Exploración y pruebas complementarias**

Exploración física: Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Afebril. TA: 96/51 mmHg. Saturación O2 100%. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo sin presentar cianosis ni tiraje. No signos de focalidad neurológica.

ACR: Tonos rítmicos sin soplos, roces ni extratonos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado con buena ventilación pulmonar sin ruidos patológicos sobreañadidos.

ECG: ritmo sinusal a 98lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no trastornos de la repolarización ni signos de HVI.

Análítica (hemograma, bioquímica y coagulación): normal a excepción de PCR de 7.8mg/dl

Rx Tórax: se observa nódulo a nivel de ápice de pulmón izquierdo.

Ante los hallazgos encontrados, se consulta con radiólogo de guardia que recomienda ingreso en Medicina Interna para estudio de nódulo pulmonar (Neumonía Encapsulada o Tumor).

En su ingreso en Medicina Interna se le realiza un TAC de Tórax que es informada como: en el segmento posterior del LSD, adyacente a la cisura, se aprecia una condensación pseudonodular de unos 3 x 2.5cm de tamaño, con broncograma aéreo, rodeada de un halo en densidad de "vidrio deslustrado" (signo del halo).

Valorado por neumólogo indica que se trata de un proceso infeccioso (probable aspergilosis) en una paciente inmunocomprometida e indica suspender inmunosupresores, recomendando antibioterapia y antifúngicos.

Se procede al alta hospitalaria recomendando supresión del tratamiento inmunosupresor y tratamiento antibiótico-antifúngico empírico: Fluconazol 100mg 2 capsulas/24horas durante 15 días, Levofloxacino 500mg 1 comprimido/24horas durante 10 días, paracetamol 1g/8horas si fiebre.

Se cita en mes y medio con nuevo TAC de Tórax y Pruebas Funcionales Respiratorias para comprobar desaparición completa del infiltrado.

**Juicio clínico**

Infiltrado Infeccioso en Paciente Inmunodeprimida.

**Diagnóstico diferencial**

Procesos Neoplásicos (Cáncer Broncoalveolar, Sarcoma), Procesos Inflamatorios No Infecciosos (Wegener).

**Comentario final**

Es importante la exploración física y lectura sistemática de la radiografía de tórax para llegar al diagnóstico. Aunque se trate de un proceso infeccioso benigno hay que diagnosticarlo correctamente para tratar al paciente, y así poder dar recomendaciones adecuadas. Además no debemos olvidar realizar un **diagnóstico diferencial** según la situación clínica del paciente donde tenemos que indagar sobre los antecedentes personales del paciente así como el tratamiento previo que está tomando.

**Bibliografía**

Curbelo, J., Galván, J., Aspa, J. (2015). Actualización sobre Aspergillus, Pneumocystis y otras micosis pulmonares oportunistas. Arch Bronconeumol 2015;51:647-53 - Vol. 51 Núm.12. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/actualizacion-sobre-aspergillus-pneumocystis-otras/articulo/S030028961500099X>

299/40.

**Les liaisons dangereuses: tos, fiebre y biológicos.****Autores:**

(1) José Ramon Parada Jorgal; (2) Alexandre M. Loureiro Faro; (3) Liliana Patricia Sousa Valente.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Val Miñor. Pontevedra.

**Descripción del caso**

Presentamos el caso de un varón de 38 años, sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas, que acude a la consulta de Atención Primaria por cuadro de tos de una semana de evolución y fiebre de hasta 39°C sin disnea ni dolor torácico. Es diagnosticado de gripe, que al presentar un curso tórpido, es valorada en varias ocasiones en los siguientes días tanto en AP como en Urgencias de su hospital de referencia.

Es importante señalar el antecedente personal de artropatía psoriásica a tratamiento con fármacos biológicos desde hace 10 años.

**Exploración y pruebas complementarias**

En las distintas ocasiones que se consultó al paciente la exploración física fue rigurosamente normal.

Rx de tórax: ensanchamiento mediastínico.

Hemocultivos negativos.

TAC torácico: Múltiples micronódulos pulmonares bilaterales y difusos, de distribución aleatoria, así como alguna opacidad parcheada y discreto engrosamiento de septos interlobulillares. Adenopatías mediastínicas.

**Juicio clínico**

Probable tuberculosis miliar, en paciente de 38 años, en tratamiento previo con anti-TNF por espondiloartropatía psoriásica.

**Diagnóstico diferencial**

Meningitis.

Neumonía.

Síndrome mieloproliferativo.

## Comentario final

En Atención Primaria es de vital importancia hacer una buena anamnesis y una exploración física rigurosa. Los antecedentes personales del paciente pueden condicionar nuestros algoritmos diagnósticos y en ciertas ocasiones ser la clave para emitir un correcto diagnóstico de sospecha.

Presentamos el caso de una primoinfección tuberculosa en un paciente a tratamiento con anti-TNF-alfa y cribado inicial negativo. El TNF-alfa es una de las citocinas esenciales en la formación y el mantenimiento de la reacción inflamatoria granulomatosa que consigue frenar el M. tuberculosis, por lo que su inhibición conlleva mayor susceptibilidad a presentar esta infección.

Los tratamientos con fármacos biológicos y biosimilares no son habituales en nuestro nivel asistencial pero sí es importante señalar que es en Atención Primaria donde se ven con más frecuencia sus efectos adversos. Creemos necesario incidir en el riesgo de desarrollar infecciones graves en aquellos pacientes tratados con terapias biológicas. Si bien es cierto que la frecuencia de aparición de estos efectos adversos es pequeña, su potencial morbimortalidad nos debe mantener en guardia a lo largo del tratamiento con este tipo de fármacos.

### Bibliografía

- British Thoracic Society Standards of care committee. BTS recommendations for assessing risk and for managing Mycobacterium tuberculosis, infection and disease in patients due to start anti-TNF- $\alpha$  treatment. *Thorax*. 2005;60:800-5.
- Carmona L, Gómez-Reino JJ, Rodríguez-Valverde V, Montero D, Pascual-Gómez E, Mola EM, et al. Effectiveness of recommendations to prevent reactivation of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists. *Arthritis Rheum*. 2005;52:1766-72.
- Gardam MA, Keystone EC, Menzies R, Manners S, Skamene E, Long R, et al. Anti-tumour necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. *Lancet Infect Dis*. 2003;3:148-55.
- Gómez-Reino JJ, Carmona J, Descalzo MA, BIOBASADER Group. Risk of tuberculosis in patients with tumor necrosis factor antagonists due to incomplete prevention of reactivation of latent infection. *Arthritis Rheum*. 2007;57:756-61.
- Mankia S, Peters JE, Kang S, Moore S, Ehrenstein MR. Tuberculosis and anti-TNF treatment: Experience of a central London hospital. *Clin Rheumatol*. 2011;30:399-401.
- Wallis RS, Broder MS, Wang JY, Hanson ME, Beenhouwer D. Granulomatous infectious diseases associated with tumor necrosis factor antagonists. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1261-5.

299/42.

## Epilepsia y agua, una mala combinación

**Autores:**

Miguel Molina Gracia.

**Centro de Trabajo:**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Cañada. Almería.

### Descripción del caso

Hombre de 45 años. ALERGICO A MACRÓLIDOS. MC: pérdida de conciencia en piscina y posible aspiración. AP: - Médicos: parto prematuro (hemorragia intraparenquimatosa). Epilepsia (crisis parciales complejas). Ulegiria occipital bilateral, estimulador del Nervio Vago izquierdo (2015). Tratamiento: Carbazepina 800mg (1/12h), Primidona (1/8h), Omeprazol 20mg(1/24h), midazolam 10 mg tras segunda crisis, acetazolamida 250mg. Enfermedad actual: Paciente que ha sufrido una crisis con pérdida de conciencia (sin convulsión) mientras se bañaba en una piscina, motivo por el cual ha aspirado agua hasta que su padre ha conseguido reflotarlo. Posteriormente al citado episodio ha tenido dos crisis más, con recuperación de conciencia entre las mismas. Actualmente cefalea y cansancio postcríticos, tos, vómitos.

### Exploración y pruebas complementarias

CyO, REG, Glasgow 15. Trabajo respiratorio moderado. T\*38,2°C. Sat O2: 89% con oxigenoterapia 2lpm. 24rpm. TA: 145/93. ACR: 113lpm. AC: Tonos rítmicos sin soplos. murmullo conservado con roncus dispersos y leve crepitancia teleinspiratoria en base pulmonar derecha. NEUROLOGICA: PINR, no signos de focalidad, pares craneales conservados. ROT normales. No signos meníngeos. ABDOMEN: No doloroso, no signos de irritación peritoneal,

no se palpan masas ni megalias. MMII: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

- Rx tórax: Infiltrado bilateral alveolar predominantemente derecho.
- Gasometría arterial: pH 7.44, pO2: 63, pCO2 :31, HCO3: 22,7, Sat O2: 91%.
- Analítica: Hemograma: Serie roja normal, leucocitos 13.520 (Neutrófilos 75%). Bioquímica: Glucosa 95, creatinina 0.89, ionograma normal, PCR: 4.2 mg/L.
- Hemocultivo: negativo.

### Juicio clínico

NEUMONÍA MULTILÓBAR

Se procedió a ingreso con tratamiento empírico; (Amoxicilina-Clavulánico 875/125mg IV 10 días), aerosolterapia y prednisona oral.

### Diagnóstico diferencial

Síncope, crisis asmática, alteraciones iónicas, atragantamiento por cuerpo extraño, accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, síndrome coronario agudo, hipoglucemia, crisis de pánico.

### Comentario final

Se hace especialmente importante la vigilancia en este tipo de pacientes dado el alto riesgo que tienen de desarrollar enfermedades respiratorias infecciosas, por lo que deberemos de tener especial cuidado en el equilibrio entre un correcto tratamiento que evite las crisis afectando lo mínimo posible al nivel de conciencia.

### Bibliografía

Luis Jiménez Murillo. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ed. Elsevier. J. Navarro Campopmor. urgencias Domiciliares: Guía rápida de actuación. Fauci AS, et al, editores. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1-2. 17 ed. New York. McGraw-Hill; 2012

299/43.

## Nódulos pulmonares múltiples a estudio

**Autores:**

(1) Inmaculada Aguilar López; (2) Marina Gras Ruiz; (3) Laura Delgado Fernández; (4) Beatriz Ridaura Ruiz; (5) Enrique Rodríguez Guerrero; (5) Cristina Bellido Moyano.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Lucena, Córdoba.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

### Descripción del caso

Varón 55 años. No alergias. DM tipo 2. HTA. Síndrome depresivo. Esteatosis hepática. Tabaquismo 40 paq/año. Bebedor moderado. \*\*IQ. osteonecrosis cadera izquierda mayo/13.

Acude a su MAP por dolor abdominal irradiado a hipocondrio derecho y región dorsal de 2 días evolución junto con sensación distérmica y en las últimas horas refiere disnea a grandes esfuerzos.

### Exploración y pruebas complementarias

REG. Sudoroso. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Taquipneico en reposo.

TA 117/69 FC 110 SatO2 basal 88% Afebril.

Ante la clínica se deriva a urgencias para completar estudio:

Análitica : Hb 15.8 L 18660 (N 92%) glucosa 557 Cr N ALT 42 GGT 212 PCR 19.4 Procalcitonina: 9.35. GA basal: pO2 59 pCO2 y pH normal

ECG: RS 100 lpm

Básico orina: abundantes bacterias

Rx tórax (27/9): dudoso infiltrado LSI

Rx abdomen (27/9) y TAC abdomen: Normal

- Se ingresa en planta:

Análitica: Hb 14.5 L 17810 (N 87%) glucosa 194

-GA basal: pO2 57 pCO2 y pH normales

Rx tórax: Infiltrado LSI + DP bilateral

Control analítico 3/10: PCR: 19.8 L 24880 (N 85%) GA basal pO2 53

Espudo 9/10: S Aureus sólo R clindamicina y eritromicina

Antigenuria legionella y neumococo: negativo

Rx tórax (5/10): DP bilateral D>I + nódulos pulmonares bilaterales

Ecocardio TT 6/10: VI Y VD normal. No valvulopatías. No derrame.. No TEP.

TAC Tórax: múltiples nódulos en ambos pulmones, algunos cavitados (pared gruesa). Bronquiectasias. DP bilateral (D>I).

ETE (17/10): Válvulas izquierdas normales. Imagen compatible con perforación de valvula tricúspidea que provoca una IT severa: Alta sospecha de EI.

Rx tórax 25/10: mejoría con desaparición nódulos, infiltrados residuales.

ECocardio control a los 10 días: IT no severa.

### Juicio clínico

Endocarditis derecha sobre valvula nativa ( tricúspide)

Embolos pulmonares septicos (nodosos cavitados)

### Diagnóstico diferencial

Carcinoma bronquioloalveolar,metástasis, granulomas, quistes hidatídicos.

### Comentario final

Importantes cambios se han producido en los últimos año respecto al diagnóstico y manejo de los nódulos pulmonares. La masificación del uso del TAC de tórax y su uso inicial en programas detección precoz, permiten detectar un número creciente de NP pequeños. Cada uno con diferente potencial de malignidad y diferentes algoritmos de manejo y seguimiento.

#### Bibliografía

M.C.Godoy,D.P.Naidich. Overview and strategic management of subsolid pulmonary nodules. *J Thorac Imaging*,27(4)(2012), pp.240-248

S. Brandman,J.P. Ko.Pulmonary nodule detection, characterization, and management with multidetector computed tomography *J Thorac Imaging*, 26 (2011), pp. 90-105

299/45.

## Pérdida de peso, a partir de un síntoma

### Autores:

(1) Cristina Flores Rivera; (2) Candela Quiros Ambel; (2) Bartolome Leal Correa.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (2) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### Descripción del caso

Mujer de 21 años, con antecedentes personales de rinitis y asma alérgica, presenta pérdida de peso de 8 kg en los últimos 7 meses junto con astenia. Manifiesta además deposiciones líquidas ocasionales. Se realiza inicialmente el estudio desde atención primaria, y posteriormente en Medicina Interna.

### Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Caquética. Peso 42 kg. Palidez mucocutánea. Afebril. Resto normal.

Pruebas complementarias: En analítica destaca Hb 9.8, VCM 89.6, plaquetas 683000, VSG 120, fibrinógeno 1303, PCR 96, hierro 7, LDH 318. Resto normal, incluidos SÓH, TSH y VIH. En Rx de tórax se objetiva patrón micronodular bilateral fino de predominio en lóbulos superiores, en lóbulo superior izquierdo se aprecia una gran caverna con paredes finas, subyacente a la misma, otras cavernas agrupadas. Ecografía abdominal normal. Bacteriología espudo: frecuentes BAAR.

### Juicio clínico

Tuberculosis miliar

### Diagnóstico diferencial

Las causas principales de pérdida de peso involuntaria son:

-Orgánica: enfermedades gastrointestinales, infecciosa, neoplasias, neurológica, endocrinológica, inflamatoria, cardiaca, pulmonar, renal.

-Psiquiátrica: depresión, ansiedad, fase maniaca del trastorno bipolar, psicosis paranoide, anorexia nerviosa.

-Farmacológica: drogas, fármacos, productos de herboristería.

-Idiopática.

### Comentario final

La pérdida involuntaria de peso en los adultos se considera clínicamente importante cuando supone un 5% o más respecto al peso habitual, en un período de entre 6 meses y 1 año.

Su importancia radica en que se asocia con un incremento de la morbimortalidad.

Las causas principales son: orgánica, psiquiátrica, farmacológica e idiopática.

El abordaje diagnóstico inicial compete a Atención Primaria, y comprende una anamnesis detallada, una exploración completa y pruebas complementarias básicas (analítica básica con sistemático de sangre y orina, bioquímica, TSH, VIH y sangre oculta en heces, radiografía de tórax y ecografía abdominal). Son necesarias pruebas adicionales en función de los hallazgos iniciales o si no se encuentra la causa y persiste la sintomatología.

La tuberculosis miliar es una de las manifestaciones más graves de la tuberculosis. Tiene mayor incidencia en pacientes de edad avanzada e inmunodeprimidos. Puede ser una manifestación primaria o una reactivación precoz o tardía. Presenta una clínica inespecífica, siendo la fiebre el dato más característico. Para el diagnóstico es muy útil el patrón radiológico miliar, aunque debe intentarse confirmación microbiológica en muestras respiratorias, sangre o líquido cefalorraquídeo. Un rápido diagnóstico e inicio de tratamiento reducen el riesgo de mortalidad de esta enfermedad.

#### Bibliografía

Ángel Carlos Matía Cubillo. Pérdida de peso involuntaria. AMF (Internet). Disponible en: [http://amf.semifyc.com/web/article\\_ver.php?id=859](http://amf.semifyc.com/web/article_ver.php?id=859)

Ruiz Manzano J, Cardona Iglesias PJ, Caylá Buqueras J, Ausina Ruiz V. Tuberculosis. En: Ferreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 15.a ed. Madrid, Barcelona: Elsevier España S.A.; 2004. p. 2321-31.

Lado Lado FL, Tuñez Bastida V, Golpe Gómez AL, Ferreiro Regueiro MJ, Cabarcos Ortiz de Barón A. Tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio. Formas de presentación. *An Med Interna (Madrid)*. 2000;7:637-41

## 299/48.

**TBC, en ocasiones un diagnóstico difícil****Autores:**

María de la Paz Fernández Lara.

**Centro de Trabajo:**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

**Descripción del caso**

Mujer de 47 años de edad, vive con su marido y su hija de 8 años. Actualmente en paro.

Fumadora de 15 cig/día desde los 15 años (Índice paq/año: 11.75) Sin FRCV ni enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas. No hacinamiento ni visita a prisiones

Acude a nuestra consulta con clínica de tos y expectoración verdosa desde hace 5 días. Por su cuenta ha empezado a tomar ciprofloxacino de 500mg. Además refiere haber dejado de tener apetito. Está saturando al 98%. En la auscultación se aprecian sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares. Se prescribe Symbicort y se cita a la paciente en consulta dos días más tarde.

La paciente aparece en nuestra consulta a los 20 días, persiste la clínica de tos, esta vez nos refiere además que la coloración ha pasado a ser verdosa. Ha estado en este tiempo tomando ciprofloxacino, augmentine e inhaladores, sin obtener mejoría. Dice haber perdido unos 6kg en el último mes y presentar dolor costal derecho, sudoración nocturna y unas lesiones hiperpigmentadas en ambas piernas.

**Exploración y pruebas complementarias**

Se deriva a urgencias del Hospital de Referencia, donde realizan Rx torax evidenciándose masa cavitada en lóbulo superior derecho. En análisis de sangre destaca ligera leucocitosis con neutrofilia y PCR de 57. La exploración física era anodina, excepto por la palidez y la delgadez franca de la paciente. Fue ingresada para estudio de masa cavitada, siendo positivo el esputo para TBC. Se inicia tratamiento con 2HRZE/4HR y se remite al médico de familia para estudio de convivientes.

**Juicio clínico**

Tuberculosis pulmonar

**Diagnóstico diferencial**

Neumonía adquirida en la comunidad, Neoplasia pulmonar, Aspergiloma

**Comentario final**

Es complicado establecer desde nuestra consulta de atención primaria la sospecha de TBC pulmonar en pacientes que en un principio no tienen factores de riesgo para contraer la enfermedad. Hay que tener en cuenta que no es una enfermedad del pasado y que sigue existiendo, sobretodo en la cuenca mediterránea. Es importante una derivación temprana al servicio de urgencia ante cuadros infecciosos que no terminan de mejorar, para descartar complicaciones.

Otro tema importante aquí es el estudio de convivientes, ya que se debería realizar el Mantoux a todos los convivientes y llevar a cabo quimioprofilaxis según resultado de Mantoux y/o edad del familiar.

**Bibliografía**

Rozman C, Cardellach i López F (Eds.) Farreras-Rozman Medicina Interna 17ª ed. Elsevier España, 2012.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015

## 299/49.

**Me duele el costado****Autores:**

(1) Nidia Isabel Contreras Mercado; (2) Amy Nathaly Romero García; (3) María Ajenjo González; (4) Naiara Cubelos Fernández.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinilla. León.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de José aguado I. León.

**Descripción del caso**

Mujer de 31 años que consulta a su médico de atención primaria por dolor tipo opresivo que aumenta con la respiración profunda en base de hemitórax izquierdo de 2 días de evolución con sensación ocasional de disnea al esfuerzo físico. Tiene hace 2 semanas un esguince de rodilla derecha en tratamiento rodillera, uso de bastones y Aines. Camina con bastones y permanece sentada 6 a 8 horas diarias por su trabajo. Fumadora de 8 cigarrillos/día y utiliza anticonceptivos orales. No otros datos relevantes. Con la sospecha diagnóstica de TEP, se remite a urgencias para pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias**

TA: 128/88 mmHg. FC: 92 lpm. SatO2: 97%. Tº: 36.2°C. Al examen físico: Buen estado general, Eupneica en reposo, Ritmo cardíaco rítmico, no soplos, MV conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: sin alteración. EEII: leve edema y dolor a la movilización de rodilla derecha. Pulsos pedios y poplíteos presentes y simétricos. Signo de Homans bilateral negativo.

Análíticas básicas: hemograma y bioquímica: normal.

Gasometría arterial: pH: 7.39; PaO2: 89 mmHg, PaCO2: 35 mmHg, SatO2: 95%; HCO3-: 24mEq/litro.

Dímero D: 1689 ng/ml

Rx de tórax: sin alteraciones aparentes

Protocolo TEP: Ecografía venosa de MMII: trombo mural en sector femoropoplíteo superficial de pierna derecha.

Angiografía pulmonar por TCH: defecto parcial de relleno en la bifurcación de la arteria pulmonar izquierda por trombo

**Juicio clínico**

Enfermedad Tromboembólica venosa: TEP y TVP

**Diagnóstico diferencial**

Neumonía, dolor musculoesquelético, neumotórax, IAM, pericarditis

**Comentario final**

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la formación de trombos en el territorio venoso que con frecuencia se fragmentan o desprenden de la pared y acaban albergándose en el territorio arterial pulmonar; engloba la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar

(TEP). El 80 % de los TEP se asocian a TVP proximal de la extremidad inferior. Tiene como factores de riesgo: deficiencias de antitrombina, de proteína C, edad avanzada mayor de 75 años, inmovilización, anticonceptivos orales, obesidad, embarazo y postparto, neoplasias, entre otros.

El diagnóstico se basa en los síntomas y signos de sospecha como: disnea, dolor pleurítico, dolor/edema en MMII, hemoptisis, palpitations, taquipnea, taquicardia, crepitations, signos de TVP. Además de ayudas diagnósticas como RX de tórax, gasometría arterial, Dímero D, electrocardiograma, angiografía pulmonar por TCH, gammagrafía de ventilación-perfusión. Existen escalas para valorar la probabilidad clínica de sospecha en el TEP: escala

de Wells que se ha validado en pacientes hospitalizados y ambulantes y la de Ginebra en el ámbito de urgencias.

El riesgo hemorrágico tiene influencia en la elección del tratamiento trombolítico frente al tratamiento anticoagulante con heparina, de cara a plantear la duración y la intensidad del mismo.

#### Bibliografía

Ortiz J, Escribano I. Enfermedad tromboembólica venosa. En Aguilar F, Bisbal O. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. MSD. 2012. pp: 419-436.

299/50.

## Tos matutina como síntoma de alarma

### Autores:

(1) Elena María Paulino Martínez; (2) Ana Carmen Gil Adrados; (3) Olga Goliney.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud la Solana. Talavera de la Reina, Toledo.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.

### Descripción del caso

Varón de 60 años que acude a consulta, por primera vez, refiriendo tos de predominio matutino con expectoración blanquecina sin hemoptisis desde hace más de un año, que ha empeorado en el último mes con dos episodios sincopales secundarios a los accesos de tos. Además refiere pérdidas ponderales por épocas no asociados a cambios en el estilo de vida, no disnea, no diaforesis.

Antecedentes Personales: Tornero, fumador de 30 cigarrillos/día. Bebedor de 2-3 litros de cervezas/día. No RAMC.

Seguido en Psiquiatría por Síndrome de dependencia alcohólica. Tratamiento: Clorazepato de dipotasio. 10mg c/12hrs y Mirtazapina 30mg c/24hrs

Se pauta un anticolinérgico de acción prolongada inhalado y solicita pruebas complementarias.

### Exploración y pruebas complementarias

TA: 148/76 FC 85 Sat O2 basal 96%. IMC 26

Buen estado general. Eupneico. Normoperfundido. No adenopatías cervicales palpables, ni masas o bocio. No ingurgitación yugular. AP: MV globalmente disminuido, escasos roncos bilaterales. AC: normal. Abdomen: dudosa esplenomegalia. MMII: no edemas ni signos de TVP.

Hemograma normal, Fibrinógeno 688, PCR 48, perfil hepático, resto normal. Marcadores tumorales: CAE 8.7. Mantoux-

EKG: RS a 78 lpm. Espirometría: FEV1 72%, FVC 89%. PBD -

RX Tórax: ICT normal, masa cavitada en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo.

Neumología: ingreso.

TAC torácico: enfisema de predominio en campos superiores, masa cavitada con paredes gruesas en segmento VI del LII de 64 x 71mm, conecta con la arteria pulmonar izquierda sin claros signos de infiltración de la misma, lesión compatible con neoplasia pulmón. PET TC: neoplasia pulmonar izquierda con afectación adenopática hilar ipsilateral, posiblemente en ventana aorto-pulmonar. Broncoscopia: en árbol bronquial en el 6º segmento izquierdo, mucosa de aspecto neoforativo. Anatomía patológica: Carcinoma de células escamosas poco diferenciado.

### Juicio clínico

1- CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN POCO DIFERENCIADO T4 N2-3 M1a (Estadio IVA).

2- EPOC ENFISEMATOSO CON OBSTRUCCIÓN MODERADA.

## Diagnóstico diferencial

Tuberculosis. Aspergilosis, Tumores cavitados.

### Comentario final

Carcinoma de células escamosas (epidermoide) constituye aproximadamente un 25% a 30% de los cánceres de pulmón. Están relacionados con antecedentes de tabaquismo y tienden a estar localizados en la parte central de los pulmones, cerca del bronquio.

El epidermoide periférico suele cavitarse en el 30% de los casos con tendencia a la necrosis central, apareciendo en los estudios radiológicos como una masa cavitada con nivel hidroaéreo en su interior, asemejando un absceso de pulmón. Diseminación linfática, con menor frecuencia metástasis a distancia; mejor pronóstico. Tipo histológico con mejor respuesta al tratamiento quirúrgico, obteniéndose cifras de supervivencia tras resección próximas al 85% a los cinco años.

Evolución: Cirugía torácica del hospital de referencia, se realiza toracotomía para lobectomía inferior izquierda más linfadenectomía. AP postquirúrgica: Carcinoma epidermoide 4.5cm de diámetro moderadamente diferenciado, extensamente necrosado en LII que infiltra pleura parietal rebasando el tejido, infiltra vena pulmonar más 3 ganglios metastásicos. Recibió 3 sesiones de quimioterapia, radioterapia concomitante.

#### Bibliografía

1-Castilla-Muñoz MA, Abdel-Kader-Martín. Erlotinib y gefitinib en primera línea de cáncer de pulmón no microcítico [citado 13/11/2014].

2-López-Ríos F, de Castro J, et al. Actualización de recomendaciones para la determinación de biomarcadores en carcinoma pulmón avanzado célula no pequeña. 2015;48(2):80-9.

3- Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al, 1975-2013, National Cancer Institute. Bethesda, based on November 2015

299/53.

## ¿Un dolor de garganta cualquiera?

### Autores:

(1) María del Carmen Ocaña Rodríguez; (2) Carmen Morillo-Velarde Moreno; (3) Laura Delgado Fernández; (4) Enrique Rodríguez Guerrero.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Castro del Río. Córdoba.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

### Descripción del caso

Mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, DM, Psoriasis y Penfigoide ampollosa secundario a Vildagliptina, en seguimiento por Dermatología. Hace 3 semanas se suspende prednisona oral y se inicia tratamiento con metrotexate a dosis bajas (10 mg/semana). En los últimos 15 días, consulta en 2 ocasiones por odinofagia y lesiones en mucosa oral, posteriormente comienza con disfagia a sólidos, que relaciona con inicio de metrotexate. Sospechamos de esofagitis candidiásica. Se trata con mycostatin e itraconazol. A la semana, consulta de nuevo por aumento de disfagia a líquidos, gingivorragia y disnea.

### Exploración y pruebas complementarias

En exploración presenta regular estado general, consciente, palidez y deshidratación. Taquipneica. Afebril. SatO2: 89% ACR: rítmica sin soplos, hipofonosis generalizada. ORL: múltiples lesiones mucosa oral y encías q sangran con facilidad. Abdomen: sin hallazgos. EEl: lesiones residuales hiperpigmentadas en muslos y brazos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Análítica sanguínea: Hb:6.9 g/dL, Leucocitos: 0.85.103/μL;neutrófilos:0,08.103/μL,linfocitos:0.6.103/μL;Plaquetas:20.103/μL; Creatinina: 1.8 mg/dL. Proteínas: 4,7 g/dL. PCR: 226.2mg/l. Radiografía tórax: infiltrados con

patrón mixto alveolo-intersticial bilateral en vidrio esmerilado. PCR esputo: Pneumocystis. Aspirado médular: Médula hipocelular con práctica ausencia de serie mieloide. Agranulocitosis pura.

### Juicio clínico

Pancitopenia grave por Metrotexate. Neumonía por Pneumocystis jirovecii. Hemorragia alveolar y Distress respiratorio del adulto. I. respiratoria severa con necesidad de VM e IOT. Mucosistis

### Diagnóstico diferencial

Candidiasis esofágica, Esofagitis CMV. Neumonía adquirida en la comunidad. Neoplasia pulmonar

### Comentario final

El metrotexate es un antagonista del ácido fólico, posee efecto antimetabólico, antiinflamatorio e inmunosupresor. La toxicidad es dependiente de la dosis, mediada tanto por un mecanismo de hipersensibilidad como por efecto directo (idiosincrasia). Produce desde manifestaciones leves como estomatitis o afectación gastrointestinal como toxicidad hepática, hematológica y pulmonar. Este caso debe hacernos pensar en la posibilidad de reacciones adversas a fármacos potencialmente tóxicos, para así evitar complicaciones graves. De ahí que debemos conocer los efectos secundarios, plantear un completo diagnóstico diferencial y derivar para pruebas complementarias ante una evolución desfavorable

### Bibliografía

-Igalada Quintanilla, J.; Romero Candel, G.; Tejada Cifuentes, F.; Metrotexato: toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Rev clín med fam 2016; 9 (3): 159-166.

-Mateo Soria, L.; Servicio de reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España. 2005 vol6;/ Núm 4. 176-82

- García Villabaj, J.; Ruiz- Genao, D.; Álvarez Ruiz, S.; Toxicodermia por Metrotexate. Departamento de Dermatología H.U. la Princesa. Madrid.2004

- The remarkable spectrum of methotrexate toxicities. Rheum Dis Clin North Am 1977, 23:939-54.

## 299/55.

### Parálisis recurrente izquierda de novo a propósito de un caso clínico

#### Autores:

(1) Jaime López Díez; (2) Carmen Celada Roldán; (1) Isabel María Martínez Ardil; (1) Julián López Marín; (3) Vanesa Cascales Sáez; (4) Magdalena Soto Martínez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena, Murcia.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena, Murcia.; (3) Residente de medicina familiar y comunitaria. centro de salud san antón, cartagena (murcia); (4) Médico adjunto de medicina familiar y comunitaria. centro de salud isaac peral, cartagena (murcia).

#### Descripción del caso

Varón de 49 años, fumador de 30 paquetes/año, sin historia enfermedades relevantes, que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de odinofagia y astenia de más de un mes de evolución junto a pérdida de peso (8 kg) en 3 meses y poliartralgias. Niega otros síntomas por aparatos.

#### Exploración y pruebas complementarias

Destacar faringe hiperémica con 3 adenopatías a nivel latero cervical izquierdo de menos de 1 cm. Se pauta tratamiento sintomático con corticoides y se solicita radiografía torácica (aumento de mediastino) y analítica de control (Amilasa 22, LDH 732, Hb 11.4 Leucocitos 16590 Plaquetas 290000, resto dentro de la normalidad) para descartar proceso vírico/bacteriano concomitante. Dado el empeoramiento de los síntomas junto a inicio de disfonía sin tos ni disnea asociada, el paciente acude a Urgencias. Ante la sospecha de proceso invasivo que provoca la parálisis recurrente izquierda, se realiza interconsulta preferente en Neumología con solicitud de TAC cérvico torácico con diagnóstico de

carcinoma microcítico T4N3M1b y TEP bilateral con infartos pulmonares en LII y LSD.

### Juicio clínico

Carcinoma microcítico T4N3M1b. TEP bilateral con infartos pulmonares en LII y LSD

### Diagnóstico diferencial

Neuritis. Absceso bacteriano. Silicosis. Sarcoidosis. Tiroiditis de Riedel. Neoplasias cervicales y torácicas.

### Comentario final

Las neoplasias cervicales y torácicas pueden dar lugar a la invasión maligna de los nervios laríngeos recurrentes (NLR), manifestándose como un cuadro de disfonía y cuadro constitucional. Las neoplasias primarias a considerar son el carcinoma broncogénico, el carcinoma tiroideo, los tumores malignos del timo, el cáncer de esófago y los tumores neurogénicos. Por lo que desde AP es esencial ante sospecha clínica (hemoptisis, tos, pérdida de peso, disnea, dolor torácico o de hombro, ronquera, acropaquias, adenopatías cervicales o supraclaviculares) realizar una anamnesis exhaustiva, una exploración física completa y solicitar una radiografía de tórax así como una interconsulta preferente a Neumología en aquellos pacientes con alta sospecha de cáncer de pulmón, ya sea clínica o radiológica para poder realizar un diagnóstico precoz y valorar las opciones terapéuticas más óptimas.

### Bibliografía

Paquette C.; Manos D.; Psooy B. "Unilateral Vocal Cord Paralysis: A Review of CT Findings, Mediastinal Causes and the Course of Recurrent Laryngeal Nerves", Radiographics, 2012, 32: 721-40.

## 299/57.

### Neumonía Adquirida en la Comunidad como complicación de Gripe B en paciente frágil.

#### Autores:

(1) Francisca Hidalgo Martín; (1) Teresa Sanz Ortega; (2) Lucía Ocaña Martínez; (3) María Isabel Luna Moreno; (3) Laura Ruiz del Moral; (1) José Mancera Romero.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Distrito Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cala del Moral. Rincón de la Victoria, Málaga.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### Descripción del caso

Varón de 75 años. Alérgico a colistina. DABVD. No hábitos tóxicos. Vive con su esposa. A.P: HTA, mielitis transversa desde hace 40 años con secuelas de paraplejía e incontinencia esfinteriana, nefrectomía izquierda por TBC renal, sondaje vesical permanente por vejiga neurógena con sondajes mensuales en seguimiento por urología, ITUs de repetición que ha requerido ingreso en E. infecciosas en varias ocasiones con pseudomona y klebsiella sensibles. Hace unos meses requirió ingreso en E. infecciosas por NAC.

Los familiares del paciente demandan visita domiciliar por su MAP por encontrarse el paciente desde hace 3 días encamado, con tos y expectoración verdosa, disnea, sin fiebre y refieren alucinaciones visuales y lenguaje incoherente. Comentan que ya acudieron a urgencias por el motivo de las alucinaciones hace unos días y realizaron PP.CC. con TAC de cráneo que era normal.

#### Exploración y pruebas complementarias

El MAP acude al domicilio para valoración del paciente y realiza exploración física con los siguientes resultados:

Constantes: TA 120/59, FC 62lpm, afebril, SatO2 basal 80%. Paciente consciente, parcialmente orientado, disnea de reposo, con regular estado general.

AC: tonos rítmicos algo apagados con difícil valoración por ruidos respiratorios.

AR: abundantes ruidos respiratorios con hipoventilación en hemitórax derecho.

ABD: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. Resto no valorable por falta de sensibilidad.

MMII: edemas hasta tercio medio, no signos de TVP.

Ante estos hallazgos su MAP deriva al servicio de urgencias mediante ambulancia para estabilización del paciente y realización de PP.CC.

A su llegada a urgencias el paciente ingresa directamente en área de observación con colocación de Ventimask con reservorio y se realizan A.S. con gasometría venosa y PCR V. Influenza, urocultivo y Rx. Tórax.

Resultados de PP.CC:

A.S: Hb 13.8, plaquetas 115.000, leucocitos 10.940 (NA 9.980, N% 91.2%), TP 94.8%, INR 1.03, TTPA 34.8, glucosa 110, sodio 130, potasio 3.71, cloro 97, BT 0.72, PCR 115.

G.V: pH 7.35, PPCO<sub>2</sub> 53mmHg, bicarbonato actual 28.7.

PCR V. Influenza B positivo

Rx. Tórax: atelectasia completa de pulmón derecho con condensación en base derecha.

### Juicio clínico

NAC con atelectasia completa de pulmón derecho como sobreinfección de gripe B.

### Diagnóstico diferencial

Gripe A o B, NAMC, síndrome confusional agudo, TEP.

### Comentario final

La NAC asociada como complicación de la gripe suele tener su causa etiológica en el virus influenza, S. pneumoniae o S. aureus. Las manifestaciones más atípicas como la ausencia de fiebre o hipotermia en una neumonía son cada vez más frecuentes por el aumento de pacientes ancianos y, sobre todo, en el paciente frágil, que en muchos casos suele asociarse con alteración del nivel de conciencia, cefalea o confusión, pudiendo objetivarse hiponatremia o hematuria.

Como escalas pronósticas hay que tener en cuenta la escala Fine p-PSI, la CURB-65 y también la SAFO para descartar sepsis.

### Bibliografía

Madrid Pascual O, Larrosa Barrero R, Álvarez Martínez C. Infecciones de las vías respiratorias. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: MSD; 2016. P. 619-35.

## 299/62.

### La importancia de la búsqueda de factores desencadenantes en una crisis asmática

#### Autores:

(1) Teresa Sanz Ortega; (1) Francisca Hidalgo Martín; (2) Laura Ruíz del Moral; (2) María Isabel Luna Moreno; (1) María Rosa Sánchez Pérez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Distrito Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### Descripción del caso

Mujer de 38 años, fumadora de 45 paquetes/año, con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con Terbasmin® (terbutalina), Tovanor® (glicopirronio) y Duoresp® (formoterol y budesonida). Diagnóstico de glaucoma hace tres años en trata-

miento con trafluprost y brimatoprost/timolol desde entonces. Acude a su médico de Atención Primaria por cuadro de fiebre de hasta 38°C con disnea. Se pauta tratamiento con azitromicina y se reevalúa a los cinco días. La paciente no refiere mejoría sintomática, por lo que, se inicia tratamiento con deflazacort en pauta descendente. Ante la falta de alivio de sus síntomas, la paciente acude a Urgencias dos días después donde se realiza analítica sanguínea y radiografía de tórax (anodinas). Se pauta aerosol-terapia en Urgencias y se da de alta. Una semana después, la paciente vuelve a acudir a su médico. La fiebre ha cedido pero añade autoescucha de sibilantes junto con aumento de tos y disnea. A la auscultación destacan sibilantes dispersos por ambos campos pulmonares. Su médico procede a revisar la historia clínica de la paciente para la búsqueda de factores agravantes y, posteriormente, deriva a la paciente a Urgencias de Oftalmología (previa consulta del caso con este servicio) donde se modifica el tratamiento previo del glaucoma por brimonidina oftálmica. Días después, la paciente refiere encontrarse mucho mejor habiendo cedido la disnea.

### Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 110/60 Frecuencia cardiaca 100 lpm y respiratoria 26 rpm. Saturación de oxígeno 96% Auscultación respiratoria: sibilantes dispersos por ambos campos pulmonares. Analítica sanguínea: hemoglobina 14.2, leucocitos 21800, neutrófilos 18700, creatinina 0.45, FG >90, PCR <2.90. Radiografía de tórax. No condensaciones ni derrame.

### Juicio clínico

Crisis asmática de difícil control por interacción medicamentosa

### Diagnóstico diferencial

Ante una crisis asmática de difícil control debemos descartar: exposición a alérgenos (tales como mascotas o ácaros), el hábito tabáquico, inhalación de cocaína, fármacos (aspirina, betabloqueantes, antiinflamatorios, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), síndrome ansioso-depresivo.

### Comentario final

En un paciente asmático con reagudización de sus síntomas, debemos realizar una correcta anamnesis y exploración física. El asma se ve influida por numerosos factores ambientales, fármacos y situaciones del paciente. El proceder médico debe ser valorar cualquier factor agravante e incrementar el tratamiento. El caso de nuestra paciente hace hincapié en la importancia de la búsqueda de cualquier factor que pueda favorecer o incrementar una crisis asmática, ya que, en muchos casos se produce mejoría sintomática tras controlar estos desencadenantes. Además, en nuestra paciente se insistió en la deshabitación tabáquica, por lo que, comenzó terapia en un grupo Antitabaco de su centro de salud.

### Bibliografía

2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [citado 26 Mar 2018]. Disponible en: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>

Calvo, E; Trigueros, JA; López A; Sánchez G. Control del asma en pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria en España (estudio ACTIS). Aten Primaria 2017; 49: 586-92

Plan Asistencial Integrado: Asma. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2012. [citado 26 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs/planasistencial/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/asma/asma\\_v2.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs/planasistencial/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/asma/asma_v2.pdf)

## 299/63.

### Expectoración hemoptoica en consulta.

#### Autores:

(1) Elena Varona De La Noval; (2) Verónica Martos Fábrega; (3) Alba López Bracot.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Iturrama. Pamplona.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mutilva. Pamplona.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Iturrama. Pamplona.

## Descripción del caso

Paciente de 49 años con hábito enólico importante (2 litros de vino al día, en verano 4 litros de cerveza) que desde hace dos meses presenta debilidad general, esputos marronáceos y algún vómito oscuro. Refiere además tos y sensación febril en alguna ocasión.

Enfoque familiar y comunitario: fumador de 20 cigarrillos días hasta hace unos meses que ha disminuido a 4-5 al día. Hábito enólico de dos litros de vino al día, en el verano cuatro litros de cerveza al día. Vive en piso de alquiler con cuatro compañeros de piso, aspecto personal descuidado.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Aspecto desaliñado y descuidado. Boca séptica con ausencia de piezas dentales. AP hipoventilación global, resto anodino.

Se solicita analítica de sangre y Rx tórax. Ante los hallazgos objetivados se deriva a CHN para ingreso a cargo de Neumología y tratamiento.

AS: Hb 9,6, neutrófilos 10,1, PCR 188, Etanol 2,71

Rx tórax: Imagen cavitada parahiliar izquierda con halo periférico, a los ocho días mejoría de infiltrado parahiliar izquierdo.

TAC tórax: ganglios de aspecto reactivo a nivel mediastínico, los mayores hiliares izquierdos por lesiones cavitadas múltiples en parénquima pulmonar, la mayor de gran tamaño en LII. En LM y LID se observan otras imágenes cavitadas de semiología similar.

Conclusión: absceso pulmonar de gran tamaño en LII, lesiones cavitadas en hemitórax derecho y LM y hallazgos sugestivos compatibles con TBC no reactivada.

Broncoscopia: broncopatía crónica.

Lavado broncoalveolar, baciloscopía, cultivo de microorganismos en lavado broncoalveolar, PCR Mycobacterium tuberculosis en broncoaspirado, citología sin alteraciones.

## Juicio clínico

Diagnóstico: - Absceso pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. - Tabaquismo activo.

## Diagnóstico diferencial

Bronquitis, Bronquiectasias, TBC, Neumonía, EPOC, Neoplasias, TEP, Coagulopatías.

## Comentario final

La hemoptisis es la expectoración de sangre proveniente del árbol traqueobronquial, puede deberse a múltiples causas y la patología de la vía aérea es la causa más frecuente. El absceso pulmonar en una infección necrosante del pulmón caracterizada por una lesión cavitaria repleta de pus. Normalmente causado por la aspiración de secreciones bucales (colonización de las hendiduras gingivales con bacterias anaerobias o estreptococos microaerófilos sobre todo en pacientes con gingivitis y enfermedad periodontal, combinada con el riesgo de aspiración es relevante para el desarrollo de abscesos pulmonares), estado mental alterado, alcoholismo, sobredosis farmacológica, convulsiones, disfunción bulbar, episodios cerebrovasculares o cardiovasculares previos o enfermedad neuromuscular. Los abscesos pulmonares pueden ser únicos o múltiples. El tratamiento es con antibióticos. En este caso aunque el desenlace clínico ha sido favorable, no sabemos la evolución posterior dado que el paciente no ha acudido a consultas de seguimiento, esto influenciado por su modo de vida y condiciones psicosociales.

## Bibliografía

Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. SEPAR. - Fisterra. Guías clínicas de atención primaria. - Absceso pulmonar. Manual Merck. - Absceso pulmonar tratado de Medicina Harrison.

## 299/65.

## “Doctor, no mejoro de la gripe”

### Autores:

(1) Lucía Ocaña Martínez; (2) Francisca Hidalgo Martín; (3) María de los Ángeles Castaño Fuentes; (3) Isabel María Cámara Bravo; (3) Carmen Ferre Fernández; (4) José Ángel Sánchez Ortiz.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cala del Moral. Rincón de la Victoria, Málaga.; (2) Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Distrito Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cala del Moral. Rincón de la Victoria, Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

## Descripción del caso

Varón de 50 años. NAMC. IABVD. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia. Tratamiento habitual: metformina 1g cada 8 horas, pravastatina 40 mg cada 24 horas, enalapril 5mg cada 24 horas. Motivo de consulta: acude por sensación febril de 8 días de evolución, sensación disneica, dolor costal izquierdo de características pleuríticas y tos con aumento de expectoración en los últimos días. Además, refiere artromialgias, astenia y oligoanuria en los dos últimos días. Ambiente epidémico familiar de gripe. El paciente achacaba el cuadro de malestar al cuadro gripal, sin embargo, ante empeoramiento y no mejoría de los síntomas decide acudir a su Médico de Atención Primaria.

## Exploración y pruebas complementarias

A la llegada al centro de salud, regular estado general. Consciente y orientado. TA 100/65, FC 105 lpm, Saturación basal al 87%. Taquipneico a 25 rpm. T<sup>37.9</sup>. AP: Sibilancias diseminadas. Crepitantes en hemitórax izquierdo en región subaxilar, y en hemitórax derecho superior. AC: tonos rítmicos, sin soplos. Abdomen: blando y depresible, sin defensa, ni signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Ante regular estado general, se deriva al paciente a las urgencias hospitalarias en ambulancia medicalizada. PPCC en urgencias hospitalarias: Hemograma: Hb 9,4, plaquetas 331.000, leucocitosis 20.370 con neutrofilia (91%). Coagulación normal. Bioquímica: Cr 4,6 FG 14. Urea 80. Na 128, K 5. Perfil hepatopancreático normal. PCR 1050. Gasometría venosa: acidosis respiratoria. Escala SOFA: 7. Radiografía de tórax: condensación en lóbulo pulmonar inferior izquierdo y en lóbulo anterior derecho. Exudado nasofaríngeo: PCR V. Influenza A positivo. En el área de observación, se inició tratamiento empírico con levofloxacino y ceftriaxona y soporte respiratorio con VMNI. El paciente es trasladado a UCI. En los hemocultivos se aisló Staphylococcus aureus sensible a meticilina. Cultivo de esputo negativo. Orina: antígeno de neumococo y legionella negativa. Además, se completó el estudio con serología infecciosa para descartar otras causas de inmunosupresión. Pendiente de evolución en UCI.

## Juicio clínico

Sepsis por neumonía bilobar adquirida en la comunidad como complicación de la infección por virus de la gripe A.

## Diagnóstico diferencial

Neumonía atípica, bronquitis aguda, tromboembolismo pulmonar.

## Comentario final

El agente etiológico más frecuente de la neumonía como complicación de la gripe es el Streptococcus pneumoniae y Staphylococcus aureus. Por tanto, se deberán emplear antibióticos betalactámicos con mayor actividad antiestafilocócica como tratamiento empírico. Si se precisa de broncodilatadores, la vía recomendada es la inhalación puesto que las nebulizaciones aumentan la posibilidad de transmisión de la infección. Es fundamental la profilaxis, y el mejor método es la vacunación, especialmente en pacientes mayores de 65 años con comorbilidades.



**Bibliografía**

Gil Niño J, Jodra Sánchez S. Infecciones de vías respiratorias. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Logarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoste Asín MA et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre*. 7ª edición. Madrid: MSD; 2012. 490-502.

**299/66.****Doctora me duele el pecho****Autores:**

(1) Amy Nathaly Romero García; (2) Nidia Isabel Contreras Mercado; (3) Naiara Cubelos Fernández; (4) Giovanni Andres Rojas Martelo; (5) Silvia Ondicol Rodríguez; (6) María Ajenjo González.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condasa. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmin. León.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condasa. León.; (6) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinilla. León.

**Descripción del caso**

Varón de 87 años con antecedente de HTA, IRC, FA e ictus leve hace 14 años sin secuelas. Consulta a su médico de Atención primaria disfagia y pirosis, derivado a urgencias en donde realizan gastroscopia y diagnostican de esofagitis severa. Acude nuevamente una semana después por empeoramiento, dolor torácico en costado izquierdo, disnea de mínimos esfuerzos, sensación distérmica, astenia y anorexia. Con la sospecha de complicación respiratoria se deriva a Urgencias Hospitalarias para realizar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias**

TA 123/75 FC 124 Temp 35°C Saturación O2 91% No IY Eupneico en reposo. Hábito asténico. Palidez mucocutánea. AP: Ruidos respiratorios disminuidos en hemitórax izquierdo con aumento de vibraciones vocales en tercio superior y disminución en tercio inferior. AC: RC Rítmicos sin soplos. Abdomen: Normal. EELL: Normales.

Hemograma: Leucos 33000 (89% N 3%L) Hb 15,8 Plaquetas 483000

Bioquímica: Glucosa 206 Urea 155 Cr 1,90 (FG 34) Na+ 139 K+ 5,5 Cl- 106 pro BNP 4525 PCR 475

GAB: pH 7,49 pO2 68 pCO2 20 BC 19 SatO2 92%

Coagulación: INR 1,36 TP 63%

Rx Tórax: Imagen Hidroneumotorax con atelectasia aparente en LSI y lingula. Desplazamiento centrolateral del mediastino.

EKG: FA a 120 lpm. Bloqueo incompleto de rama izquierda.

TAC Tórax: Hidroneumotorax izquierdo organizado y con loculaciones distribuido en todos los compartimentos pleurales. Leve derrame plural derecho. No signos de medistinitis.

**Juicio clínico**

Hidroneumotorax izquierdo con empiema. Insuficiencia renal crónica agudizada. ICC secundaria.

**Diagnóstico diferencial**

Neumonía, Absceso pulmonar, Sobreinfección de bronquiectasias, Cáncer de pulmón, Embolismo pulmonar séptico, Mediastinitis, Tuberculosis pulmonar.

**Comentario final**

El derrame pleural (DP) infeccioso suele ser secundario a una infección del pulmón y casi siempre, por ello, de origen paraneumónico o tuberculoso. Otras causas de empiema incluyen carcinoma broncogénico, ruptura esofágica, trauma torácico, entre

otras. El DP paraneumónico se presenta en el 20 al 60% de las neumonías adquiridas en la comunidad o nosocomiales, en el 5 al 10% de las cuales se desarrolla un empiema. Ambas complicaciones son más frecuentes en las edades extremas de la vida. La aparición de este derrame infeccioso aumenta la morbilidad y la mortalidad de la neumonía, por lo que su diagnóstico obliga a realizar una toracocentesis. Los objetivos del tratamiento son, en primer lugar, controlar la infección y, en segundo lugar, drenar el líquido.

El paciente tuvo una evolución favorable con toracocentesis guiada por ecografía y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

**Bibliografía**

1. Enrique Cases Viedma. Derrame pleural infeccioso. *Neumología clínica*. 2ª Edición. En: Álvarez-Sala Walther JL; Casan Clarà P. Capítulo 48, 394-403.

2. Shen KR, Bribrioso A, et al. The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empiema. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2017-06-01, Volumen 153, Número 6, Páginas e129-e146. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/>

3. Strange C, Bartlett JD, Finlay G. Parapneumonic effusion and empyema in adults. [Monografía en Internet]. UpToDate. 2018. [actualizada 2 de junio 2017; acceso 22 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

**299/68.****Diagnóstico de un tumor neuroendocrino de pulmón tras una simple omalgia.****Autores:**

(1) Isabel María Martínez Ardil; (1) Jaime López Díez; (2) Carmen Celada Roldán; (1) Daniel Martínez Antequera; (3) Juana María Martínez Martínez; (1) Fuensanta Agüera Mengual.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena, Murcia.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena, Murcia.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca, Murcia.

**Descripción del caso**

Varón de 45 años, hipertenso y fumador de 40 paquetes/año, acude a consulta de atención primaria por empeoramiento de omalgia izquierda sin irradiación y sin limitación funcional de dos meses de evolución, no asociada a traumatismo previo. Enfocada inicialmente como tendinitis del manguito de rotador, con pautas ascendentes de analgesia y antiinflamatorios sin referir mejoría. Niega disnea, dolor torácico ni síndrome constitucional.

**Exploración y pruebas complementarias**

Buen estado general, Saturación oxígeno al 94% sin trabajo respiratorio. Moderada disfonía. Dolor en hemitorax izquierdo con irradiación a hombro pero sin limitación de movimientos activos/pasivos. Negatividad para signo de Apley y signo del brazo caído. Fosa supraclavicular izquierda empastada. Gasometría arterial con insuficiencia respiratoria parcial. En Radiografía de tórax de control evidencia de consolidación apical en el pulmón izquierdo por lo que se deriva para estudio. Analítica sin alteraciones excepto LDH: 354. TAC/PET-TAC se objetiva masa en el mediastino anterior, prevascular izquierda lobulada, de densidad heterogénea con calcificaciones en su interior que mide 8,47 x 7,52 x 9,53 cm con infiltración vascular y varios adenopatías paratraqueales bilaterales y subcarinales. Atelectasias subsegmentarias en el LII y lingula. Biopsia: carcinoma neuroendocrino de células intermedias. Mide 9,85 x 8,35 x 10,65 cm con un SUVmx de 12,20 y una adenopatía prevascular. Ecografía de cuello sin adenopatías. TC DE SNC sin metástasis.

**Juicio clínico**

Carcinoma neuroendocrino de células intermedias (CNCI) T4N2M0.

## Diagnóstico diferencial

Tendinitis de manguito rotadores, síndrome subacromial, neumonía, atelectasia, etiología mediastínica (timomas, linfomas, teratomas).

### Comentario final

El carcinoma neuroendocrino de células intermedias es un tumor poco frecuente que da poca clínica hasta estadios avanzados y con un pronóstico generalmente malo a corto-medio plazo. Es de gran importancia desde atención primaria de no infradiagnosticar síntomas ya que en ocasiones se pueden enmascarar procesos importantes con pronósticos comprometidos.

### Bibliografía

1. Bini A, Brandollini J et als. Typical and atypical pulmonary carcinoid: our institutional experience. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2008;7(3):415-8. 2. M. García Yuste, L. Molins et als. Tendencias en los factores pronósticos de los tumores pulmonares neuroendocrinos. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43(10):549-56.

## 299/70.

### Si el catarro no mejora, investiga a buena hora...

#### Autores:

(1) Candela Quiros Ambel; (2) Cristina Flores Rivera; (3) Patricia Chico Nieto-sandoval; (4) Carmen Escalona García; (5) Ana Cuvillo Mergelina; (1) Bartolome Leal Correa.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdeparillas. Badajoz; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida.

#### Descripción del caso

Paciente varón de 77 años, exfumador importante, con antecedentes personales de hipertensión arterial esencial, obesidad e hiperplasia benigna de próstata, que presenta cuadro catarral afebril de un mes y medio de evolución, que ha precisado hasta dos ciclos de antibióticos y broncodilatadores, sin encontrar mejoría. Refiere en las últimas dos semanas, tos con esputos hemoptoicos asociados a dolor costal en hemitórax derecho a punta de dedo que empeora con los accesos de tos.

#### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales: TA: 148/79 mmHg; Sat O<sub>2</sub>: 97%; T<sup>a</sup>: 35,3°; FC: 93 lpm.

Buen estado general. Vigil orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Tolerancia decúbito. No tiraje ni uso de musculatura accesoria. Buena coloración de piel y mucosas.

Auscultación Cardíaca: dentro de la normalidad.

Auscultación pulmonar: sibilantes espiratorios diseminados, más acusados en bases y roncus dispersos en ambos campos pulmonares. Dolor a la palpación de últimos arcos costales a nivel medio subaxilar.

Abdomen; normal.

Miembros inferiores: edemas que dejan fovea hasta rodillas.

Análisis con hemograma que presenta las tres series dentro de la normalidad, bioquímica normal (incluido troponinas), coagulación: Dímero D: 895 ng/ml.

Gasometría basal: normal.

Radiografía de tórax: condensación a nivel de lóbulo superior derecho con pérdida de volumen de dicho hemitórax, desviación traqueal a la derecha.

TAC Tórax: pérdida de volumen de hemitórax derecho secundario a atelectasia del lóbulo superior que condiciona desplazamiento ipsilateral de estructuras mediastínicas y asocia oclusión completa de la luz del bronquio lobar superior a nivel de su origen. Adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas en ventana aorto-pulmonar menores de 1 cm.

Broncoscopia: se tuvo que postergar la prueba por entrar el paciente en taquicardia ventricular.

### Juicio clínico

Masa pulmonar en estudio

### Diagnóstico diferencial

Lo primero que hay que diferenciar es el origen del sangrado, si procede del árbol traqueobronquial (hemoptisis) o del aparato digestivo (hematemesis). Para ello habría que indagar en antecedentes personales de enfermedad cardio-respiratoria o digestiva, síntomas previos, el aspecto de la sangre, pH de la sangre emitida y finalmente confirmarlo mediante broncoscopia o endoscopia digestiva alta.

### Comentario final

La hemoptisis es la expulsión de sangre por la boca mediante la tos, procedente del árbol traqueobronquial. La causa más frecuente en España son las neoplasias, la bronquitis crónica, las bronquiectasias y la neumonía o abscesos pulmonares. Tras valorar la gravedad, se debe llevar a cabo una aproximación diagnóstica inicial.

Ante la sospecha de un paciente con hemoptisis hay que confirmarla, establecer su gravedad, localizar el origen, y determinar la causa. Para ello hay que realizar pruebas complementarias como: analítica completa, sedimento urinario, gasometría, radiografía de tórax PA y Lateral, ECG, estudio citológico y microbiológico del esputo... Si la radiografía es patológica, en función del estado hemodinámico del paciente se realizará Tac torácico y Fibrobroncoscopia de forma ambulatoria o inmediata.

### Bibliografía

Hisado Díaz MD, Muro Fernández de Pinedo E. Tos y hemoptisis. En: *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. 8a ed. Madrid: MSD; 2017. P. 377-386.

Orriols R, De Gracia J. Hemoptisis. En *Guía Pneumológica; Pautas, exploraciones complementarias y datos en medicina respiratoria*. 1a ed. Barcelona; Mederic; 2018. P 105-106.

Cordovilla R et al. Diagnóstico y Tratamiento de la hemoptisis. *Arch Bronconeumol*. 2016;52(7): 368-377

## 299/71.

### ¿El problema está en el pulmón?

#### Autores:

(1) Naiara Cubelos Fernández; (2) María Ajenjo González; (3) Paola Gudiel Arriaza; (4) Amy Nathaly Romero García; (5) Nidia Isabel Contreras Mercado; (6) Miriam Martínez Fernández.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinilla. León.; (3) Médico Adjunto. Servicio de Neumología del Caule. León.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.; (5) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León; (6) Médico Adjunta. Servicio de Urgencias del CAULE. León.

#### Descripción del caso

Mujer de 36 años que acude al servicio de Urgencias derivada desde su Centro de Salud por dolor torácico, dolor abdominal y fiebre. La paciente refiere padecer un cuadro catarral desde hace aproximadamente 2 meses, con tos y expectoración escasamente productiva, fiebre (39,7°C) pero no cefalea, y dolor en. Además, refiere ojo rojo bilateral, levemente doloroso, lagrimeo, sin disminución de la AV.

AP:

- Alergia a ácido clavulánico.
- No convive con animales.
- Fumadora activa de 20 cig/día.
- No antecedentes neumológicos de interés.
- Viaje a Grecia (Myconos).
- Hernia abdominal.
- Absceso periamigdalino.
- Tratamiento quirúrgico: mioma uterino, dos partos.

#### Exploración y pruebas complementarias

- EF:
- COC, BEG. Eupneica en reposo con oxígeno en VMK.
- AC: rítmica, a89lpm.
- AP: crepitantes en base pulmonar izquierda.
- Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio.

PC: Hemograma: Hb.13'4, Hto.39%, VCM86, leucocitos 8.600(67%N), plaquetas219.000 Coagulación: TP76%, INR1'2. Bioquímica: gluc100, urea28, Cr0'55, sodio138, potasio4'3, GOT20, GPT20, Bitotal0'6, amilasa74, PCR63. Gasometría: pH7,38, PCO2:45,7, PO2:36,6, Bicarbonato25,2, Sat O2:71,5%. S/S orina: normal. Test embarazo: negativo. Rx de tórax: aumento densidad en región posterobasal LID. ØEcografía abdominal: Vesícula habitada por un pequeño cálculo de tamaño milimétrico. Resto normal. TC abdominal: Hígado, páncreas, bazo, suprarrenales y ambos riñones sin alteraciones. Litiasis biliar. En bases pulmonares: consolidación parenquimatosa en el segmento posterior y lateral del LID con broncograma aéreo y áreas de atenuación en vidrio deslustrado, sugestiva de proceso infeccioso. TC torácico: Pequeños nódulos periféricos subpleurales en los segmentos posteriores lóbulos inferiores. No derrame pleural ni pericárdico. No adenopatías mediastínicas ni hiliares. •Antígeno de Legionella y neumococo en orina:negativos. •Hemocultivos:negativo. •Serología de neumonías atípicas: Coxiella burneti IgM positivo, Legionella negativo, Mycoplasma pneumoniae negativo, Chlamydia pneumoniae negativo. •Frotis nasal de virus respiratorios: negativo •Serología de Herpes virus: Anti-herpes simple IgG positivo, Anti-herpes Zoster IgG positivo. •Estudio de autoinmunidad, inmunoglobinas y proteinograma: IgG e IgM positivas, Alfa-1-antitripsina negativa. •Ecocardiograma: sin alteraciones.

#### Juicio clínico

1. Neumonía adquirida en la comunidad en LID por Coxiella (Fiebre Q aguda).
2. IR parcial secundaria resuelta.
3. Epiescleritis bilateral.

#### Diagnóstico diferencial

- Enfermedades que cursan con fiebre.
- Lupus.
- Brucelosis.

#### Comentario final

La fiebre Q, causada por Coxiella burnetii, es una zoonosis bacteriana con un espectro clínico amplio que puede suponer una amenaza para la vida y puede llegar a ser crónica. Aproximadamente 60% casos asintomáticos. La fiebre Q aguda es una enfermedad autolimitada con riesgo de fallecimiento bajo. Las endocarditis por fiebre Q crónica no tratada son a menudo fatales. Nuestra paciente fue tratada con LEVOFLOXACINO 500:1 comp/24 horas 7 días, tras lo cual presentó mejoría. El tratamiento más eficaz es: DOXICICLINA, TETRACICLINAS o QUINOLONAS. Tras un mes, se le repitió la serología, que confirmó el diagnóstico. La correcta coordinación de los centros de salud con el hospital hizo que se llegara al diagnóstico más rápido y que la evolución fuera correcta, consiguiendo así una mejora de los resultados.

#### Bibliografía

Vicente Prada. Neumología práctica para Atención Primaria. Editorial Marge Medico Books;2011. Orphanet página web: Portal de Información de Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos. Menéndez R, Torres A, Aspa J, et al: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa SEPAR. Arch Bronconeumol.2010;46(10):543-58.

## 299/73.

### Un leve dolor que se convierte en algo muy serio

#### Autores:

(1) Naiara Cubelos Fernández; (2) María Ajenjo González; (3) Amy Nathaly Romero García; (4) Paola Gudiel Arriaza; (5) Marco Piro; (6) Noelia Fernández Valverde.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinilla. León.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.; (4) Médico Adjunto. Servicio de Neumología del Caule. León.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León; (6) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

#### Descripción del caso

Varón 60 años refiere edema en MII desde hace un año. Ha sido valorado por Traumatología, Cirugía Vasculosa y Reumatología; Visto por Dermatología, diagnosticado de dermatitis. En últimos días, dolor en pierna izquierda al caminar de manera ocasional que se asocia a disnea.

AP: NAMC. Exfumador hace un año de 40paq/año. Jubilado. Miembro de carbón 20 años. No neumoconiosis. HTA. Artroscopia derecha. Osteotomía valguzante de tibia derecha. Amputación de falange del pie.

No tratamiento en el momento actual.

#### Exploración y pruebas complementarias

EF: COC. BEG. Peso74 kg. Afebril. TA: 172/114. FC 84 lpm. Saturación de

O2 basal:95%. AC: rítmica a 85lpm. No se auscultan soplos. AP: m.v.conservado. Abdomen: globoso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. EEII: calor en MII. Hommans positivo. No empastamiento.

No edema.

PC:

Bioquímica: glucosa85, urea31, creatinin 0'83, TGO17, TGP15, GGT40, fosfatasa alcalina8'8, bilirrubina total0'77,

cloro98, sodio140, potasio4'9, PCR56'4. ProBNP31. Troponina5'4. ANAS/ANCAS: pendiente.

Hemograma: Hb.15'8, leucocitos9.500 (N 59'9%)

Coagulación: dímero-D6.482.

ECG: ritmo sinusal a 82 lpm. S1 Q3.

TC protocolo TEP: TEP agudo afectando a la rama segmentaria anterior del LSD, medial del LM, segmentarias apical y posterior del LID, arteria pmonar principal izquierda, lobares del LSI, língua y pirámide basal izquierda. Ausencia de signos de hipertensión pmonar/sobrecarga derecha. Dilatación del ventrículo izquierdo. Extenso defecto de repleción que afecta a la vena iliaca externa, femoral común y poplítea izqdas. Adenopatías mediastínicas e hiliares derechas (ya visibles en TC-PET de mayo/17).

Ecocardiograma: ventrículo izquierdo moderadamente hipertrófico con fracción de eyección normal. Ventrículo derecho no dilatado con función normal. Insuficiencia tricuspídea ligera sin datos de hipertensión pulmonar en reposo.

## Juicio clínico

Enfermedad Tromboembólica Venosa (TEP agudo bilateral y TVP izqda).

### Diagnóstico diferencial

- IAM.
- Pericarditis.
- Neumotórax.
- ICC.
- Neumonía.
- Pleuritis.

### Comentario final

La tromboembolia de pulmón es una urgencia cardiovascular de una incidencia anual de 70 casos por cada 100.000 habitantes.

El pronóstico de la enfermedad puede variar con dependencia de la forma de presentación.

Dentro de este amplio abanico de posibilidades encontramos a la TEP de riesgo alto con una mortalidad elevada y a la TEP de riesgo bajo con escasa repercusión hemodinámica.

En la mayoría de los casos la presentación clínica es poco específica y frecuentemente se asocia con otras patologías con signos y síntomas que se superponen, lo cual genera demoras diagnósticas.

Un diagnóstico a tiempo es fundamental para establecer una terapéutica que intente desviar el pronóstico desfavorable de la enfermedad, más aún en sus formas más graves.

La mayoría de los eventos de embolia pulmonar están relacionados con la trombosis venosa profunda de EEI; sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes presentan enfermedad tromboembólica idiopática.

La profilaxis, así como el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la ET son cruciales para obtener los mejores resultados. Por ello, la colaboración de los equipos de atención primaria y neumología es fundamental en estos casos.

El tratamiento pautado al paciente: Media de compresión en miembro inferior izquierdo, y anticoagulación oral. Revisiones en su médico de atención primaria.

### Bibliografía

Fernando Uresandía, Manuel Monreal. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol 2013;49:534-47-Vol.49 Núm.12 DOI:10.1016/j.arbres.2013.07.008.

Ubaldini J. Consenso de enfermedad tromboembólica aguda. Rev Argent Cardiol 2016;84:74-91. <http://dx.doi.org/10.7775/raac.es.v84.i1.7739>

299/74.

## Crisis tras crisis

### Autores:

(1) María Ajenjo González; (2) Naiara Cubelos Fernández; (3) Nidia Isabel Contreras Mercado; (4) Amy Nathaly Romero García; (5) Jaime López de la Iglesia.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinilla. León.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Condesa. León.

### Descripción del caso

Mujer de 54 años que acude por disnea de mínimos esfuerzos desde hace un año que ha empeorado en los últimos días, tos

abundante sin expectoración. Autoescucha de sibilancias. Últimamente precisa realizar inhalación de rescate 4-5 veces al día.

AP:

-Intolerancia a AINE, exfumadora desde hace un año de 30 paq/año. Asma bronquial persistente. Artritis reumatoide en seguimiento por reumatología. Nódulo en LSD milimétrico.

Tratamiento: Singular 10: 0-0-1. Rilast forte, Spiriva, Pulmeno 350 1-0-1, Lyrica y Condrosan. Ventolín a demanda.

### Exploración y pruebas complementarias

COC, BEG, NC, NH. Taquipneica con oxígeno en gafas a 4L. Sat O2: 90%. AC: rítmica, a 101 lpm. AP: Sibilantes generalizados y persistentes. Hipofonesis. Abdomen y EEI: sin hallazgos.

Hemograma: Hb 14,7; leucocitos 7500 (400 eosinófilos), plaquetas 253.000. VSG 10.

Bioquímica: normal.

Gasometría: pH 7,33, PCO2 48,7, PO2 39,6, Bicarbonato 25,2, Sat O2: 71,5%.

Rx tórax: Signos de hiperinsuflación. Consolidaciones en vidrio deslustrado. Pequeñas bronquiectasias en lóbulos superiores.

TAC torácico: no se objetivan bronquiectasias, dos pequeñas bullas subpleurales apicales derechas. Nódulo milimétrico en porción anterior de campo medio derecho (LSD). Enfisema centrolobulillar y paraseptal de predominio en vértices. No adenopatías ni derrames.

Pruebas reumáticas, función tiroidea, estudio de autoinmunidad: negativo. Proteinograma normal.

alfa-1-antitripsina: 109 (dentro de valores normales).

Prick-test frente a Neumoalergenos habituales: negativo.

Espirometría última: datos de obstrucción severa: CVF:62%. FEV1: 44 %. FEV1/CVF: 0,51.

### Juicio clínico

Crisis asmática grave.

EPOC moderado.

### Diagnóstico diferencial

Enfermedades obstructivas de las vías aéreas.

Tumores traqueales y de los bronquiotruncos

Insuficiencia cardiaca

Enfermedades infiltrativas pulmonares crónicas con toma de las vías aéreas.

### Comentario final

Paciente con criterios de asma bronquial de difícil control en tratamiento con 4 medicaciones controladoras (budesonida, formoterol, teofilina y modificador de leucotrienos). Múltiples agudizaciones que requieren esteroides orales con deterioro de la función pulmonar (obstrucción severa secundaria a remodelado bronquial). Cumple criterios de asma bronquial de difícil control. Dada la evolución, se decide iniciar tratamiento con anti-IgE (omalizumab).

Aunque la mayoría de los pacientes asmáticos no experimentan una exacerbación aguda que amenaza la vida, hay algunos factores que aumentan el riesgo de episodios agudos potencialmente fatales, entre ellos tenemos:

La edad mayor de 55 años, debido en gran medida a la presencia de otros estados morbosos, como la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca.

El sexo femenino no solo tiene mayor prevalencia, sino que muestra episodios más severos y con mayor mortalidad, sin que existan explicaciones totalmente satisfactorias.

La raza negra es más propensa a tener una mortalidad mayor.

Los factores socioeconómicos son muy variados, con peor mortalidad en zonas rurales que en las ciudades y en zonas marginales que en las residenciales.

Los hábitos tóxicos como el alcoholismo, tabaquismo y los factores psicológicos, desde el bajo nivel cultural hasta enfermedades psiquiátricas, se relacionan con peores evoluciones. Desde el punto de vista de la experiencia durante más de 28 años de trabajo con estos pacientes en la UTI, se ve que la mayoría de los pacientes con antecedentes de un episodio casi mortal o mortal presentaban asma al menos moderada o mal controlada.

#### Bibliografía

Neumología práctica para atención primaria. Vicente Prada. Editorial Marge Médica Books 2011.

## 299/75.

### Neumonitis intersticial por uso de antibiótico crónico

#### Autores:

(1) Carmen Celada Roldán; (2) Isabel María Martínez Ardil; (2) Jaime López Díez; (2) Julián López Marín; (2) Raquel Gómez García; (3) María Del Socorro Fernández Guillén.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena, Murcia.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena, Murcia.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena, Murcia.

#### Descripción del caso

Mujer de 62 Años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) por disnea a moderados esfuerzos hasta hacerse de reposo, astenia y dolor centrotorácico sin cortejo vegetativo de una semana de evolución que no mejora pese a pauta de levofloxacino 500mg. Niega fiebre, tos ni otra sintomatología por aparatos. Como antecedentes personales destaca HTA, dislipemia, pielonefritis de repetición, nefrolitiasis y ectasia calicial valorada por urología en tratamiento con furantoina durante un año, artralgias y adenoma suprarrenal.

#### Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada. TA: 120/80 mmHg, Sat O2 basal 96% eupneica. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado con crepitantes bilaterales y campos medios. Abdomen y miembros inferiores sin alteración. Pruebas complementarias: ECG:normal. Analítica: bioquímica, perfil hepático, ferrocínica, hemograma, factores reumatoide, ANAS, ANCAS, proBNP anodina. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral con tendencia a consolidación mediobasal periférico. Tras objetivar empeoramiento de su disnea, se deriva a Neumología para ingreso: Gasometría  $pO_2$  61.8  $pCO_2$  37.7  $pH$  7.4  $cO_2H$  27.3. Rx sin cambios. Espirometría: FEV1 2680 ml ( 120%), FVC 3100 ml ( 117%), FEV1/FVC 86.5% Ecocardio: alteración de relajación de VI. Fibroscopia (FBC) y lavadobronquealveolar (LBA) con cultivos negativos y negativos para malignidad. TACAR tórax: Neumonía intersticial no específica (NINE) reagudizada vs Neumonía eosinofílica aguda.

#### Juicio clínico

Neumonitis intersticial por nitrofurantoina.

#### Diagnóstico diferencial

GEA vírica/bacteriana, descompensación de insuficiencia cardíaca, infección urinaria.

#### Comentario final

La nitrofurantoina es un antimicrobiano utilizado en el tratamiento y la profilaxis de las infecciones del tracto urinario recurrente. Raramente produce toxicidad pulmonar aguda o crónica (con una incidencia menor al 1%), generando una neumonitis

intersticial que incluso puede evolucionar a fibrosis. Por lo que desde AP debemos realizar un diagnóstico diferencial para su correcto tratamiento. En primer lugar retirar el fármaco (no mantener más de 6 meses), pudiendo añadir un ciclo de glucocorticoides no prolongado, con una respuesta variable en el 10-30 % de los casos.

#### Bibliografía

Madani Y, Mann B. Nitrofurantoin-induced lung disease and prophylaxis of urinary tract infections. *Prim Care Respir J.* 2012; 21: 337-41.

## 299/78.

### Signo de Sueiro, un fenotipo frecuente de EPOC

#### Autores:

(1) Marta Prieto Aranguren; (2) José Tomás Gómez Sáenz; (1) Cristina Zorzano Martínez; (3) Paula Tobalina García; (4) Marta Monasterio Conde; (5) Sara Villaescusa Vozmediano.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Siete Infantes. Logroño.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Nájera. La Rioja.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. Logroño; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. Logroño.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.

#### Descripción del caso

Varón de 69 años con antecedentes de HTA, EPOC, ACFA paroxística, DM, SAHS, hipotiroidismo, hiperuricemia, dislipemia, insuficiencia venosa crónica, bocio nodular, enolismo y fumador de 20 cigarrillos/día con consumo acumulado de 65 paquetes/año. Tratamiento actual: alopurinol ácido acetilsalicílico, tiotropio, furosemida, atorvastatina, glimepirida, levotiroxina, metformina, sitagliptina, omeprazol, valsartan e hidroclorotiacida. Portador de CPAP nocturno.

Última espirometría con patrón mixto con obstrucción moderada, restricción leve y prueba broncodilatadora negativa

Situación basal funcional: disnea de medianos esfuerzos.

Acude al PAC por aumento de su disnea en los últimos días no asociada a síntomas de infección respiratoria que se ha hecho de mínimos (grado 4 de la mMRC) y que se incrementa con el decúbito supino.

#### Exploración y pruebas complementarias

Obesidad troncular (IMC de 37 kg/m<sup>2</sup>), cianosis distal, taquipnéico en reposo (28 rpm). Lesiones tróficas liquenificadas en eei con ligera fovea distal. AP hipoventilación generalizada, sobre todo a nivel basal con roncus y sibilantes dispersos. AC tonos muy apagados. Ingurgitación yugular. Abdomen: herniación abdominal y diástasis de los rectos abdominales en su porción superior (Signo de Sueiro), acompañado de hernia umbilical (triada de Sueiro).

Constantes: TA 150/80 mmHg,  $t^a$  37,2°, satO<sub>2</sub> en decúbito de 86% aumentando a 94% al incorporarse. FC 122 lpm. Glucemia 325 mg/dL.

ECG.- ritmo sinusal con criterios de bajo voltaje sin alteraciones de la repolarización.

Se deriva a urgencias donde en Rx tórax se aprecia aumento cardiomegalia severa no presente en Rx previas. Analítica con Na 128 mmol/l, K 6,4 mmol/l, proteína C41 mg/L, proBNP 1129 pg/mL, troponina T ultrasensible 20 ng/mL, hemoglobina 10,6 g/l. Gasometría  $pH$  7,41,  $pO_2$  70 mmHg,  $pCO_2$  35 mmHg.

Ecocardiograma con derrame pericárdico severo circunferencial con colapso parcial de cavidades derechas. Fracción de eyección conservada.

## Juicio clínico

Insuficiencia respiratoria en paciente con EPOC moderado con triada de Sueiro. Insuficiencia cardiaca. Obesidad. Taponamiento cardiaco.

### Diagnóstico diferencial

Fenotipos EPOC, blue boater (abotargado azul), insuficiencia cardiaca. Taponamiento cardiaco.

### Comentario final

Hoy en día consideramos el EPOC una enfermedad multidimensional con una importante afectación extrapulmonar, en el que existen diversos subgrupos que deberían suponer diferentes implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Existe un morfotipo frecuente en nuestras consultas, descrito por el Dr. Sueiro, que se corresponde con un paciente con obesidad troncular, cuello corto, aumento de diámetro de caja torácica en su porción inferior y diástasis de los músculos rectos. Suelen presentar insuficiencia respiratoria global, cifras de PaCO<sub>2</sub> elevadas y mejora de la saturación con maniobras de hiperventilación y Valsalva. Frecuentemente requieren oxigenoterapia domiciliaria y en algunos casos CPAP nocturna, debido a franca desaturación nocturna y en algunos casos apneas mixtas. En la espirometría suelen presentar FEV<sub>1</sub> compatible con estadio GOLD II-III.

Esta morfología de paciente de EPOC debería ser individualizada e identificada como un prototipo de paciente overlap, en el que la obstrucción bronquial se asocia a ineficiencia diafragmática y un componente de obesidad, que favorece la hipoventilación.

### Bibliografía

Díaz S. Fenotipos de la EPOC: el signo de Sueiro. Arch Bronconeumol. 2012;48(1):32-34.

García-Aymerich J. La heterogeneidad fenotípica de la EPOC. Arch Bronconeumol. 2009;45:129-38. Guía GesEPOC (2017).

## 299/82.

### Fiel a la Teoría

#### Autores:

(1) Víctor Lumbreras González; (2) Lorena Fraga González; (3) Omar Mahmoud Atoui; (4) Víctor Emilio Ruiz Larrea.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Bembibre, León.; (2) Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. Bembibre, León.; (4) Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Bembibre, León.

### Descripción del caso

Mujer de 43 años. No AMC. Sin hábitos tóxicos. Katz G. Institucionalizada. Parálisis cerebral congénita. Hemiparesia dcha. Epilepsia. TEP LSD y LM en 2005. Cólicos nefríticos de repetición. Pies zambos. Obesidad mórbida. Tto psiquiátrico.

Avisan del domicilio por crisis de ausencia el día anterior, dolor torácico con aumento de su disnea habitual. Taquicárdica y taquipneica. Tras una valoración inicial in situ, se remite la paciente a Urgencias hospitalarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Tª: 36,8 TA: 129/85mmHg. FC: 142 lpm. Saturación basal O<sub>2</sub> 94-95%. FR: Taquipneica.

Obesidad mórbida. Consciente, buena coloración de piel y mucosas. Bien hidratada.

Cabeza y cuello: Sin hallazgos.

Tórax: AC: Rítmica, sin soplos. AP: MVC, roncus dispersos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No signos irritación peritoneal.

Extremidades: Importante presencia de edemas en MMII. Pies zambos.

Bioquímica: Dentro de la normalidad.

Hemograma: Hb 11.7 g/dl, hto 36%, leucocitos 8.700mil/μL, plaquetas 156000 mil/μL.

Coagulación: Dentro de la normalidad. Dímero-D: 9.83 mg/L.

GAB al ingreso: pH 7,47; pCO<sub>2</sub> 38 mmHg; pO<sub>2</sub> 50 mmHg; Saturación O<sub>2</sub> 86%.

ECG: Taquicardia sinusal a 136 lpm, sin alteraciones isquémicas agudas. Patrón SI QIII TIII.

Rx Tórax: Sin hallazgos significativos.

TAC de arterias pulmonares: Signos de tromboembolismo pulmonar subagudo máximo que afecta a las ramas que irrigan todos los lóbulos pulmonares sin ambos hemitórax con un trombo en "silla de montar" que se extiende entre ambas arterias pulmonares principales. No se observan infartos pulmonares, condensaciones ni derrame pleural.

Doppler de miembros inferiores: Se valora la femoral común y la unión femoro-safena no objetivando trombosis venosa profunda en ambos niveles.

### Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar de repetición. Insuficiencia respiratoria parcial.

### Diagnóstico diferencial

Neumonía, neumotórax, edema agudo de pulmón, pericarditis, SCA, pleuritis, disección de aorta.

### Comentario final

Paciente hemodinámicamente estable, evolucionó favorablemente en planta con tratamiento anticoagulante y oxigenoterapia.

Recordad que el algoritmo diagnóstico indica calcular la probabilidad de TEP según las escalas de Wells o Ginebra. En los casos de baja probabilidad o intermedia (como era el nuestro 4.5 y 7 puntos respectivamente) solicitaremos D-dímero y en caso de que este sea patológico realizamos angioTAC. En casos de alta sospecha clínica realizamos angioTAC directamente.

### Bibliografía

Sandoval J. Florenzo M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Revista Médica. Clínica las Condes. Vol 26 N°3. Elsevier. 2015

Uresandi F, Blanquer J, Conger F et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de TEP. SEPAR, 2004.

Baloira Villar, A. Ruiz Iturriaga, LA. Archivos de Bronconeumología. Neumología de Urgencias. Vol 46. 2010

## 299/83.

### Un tromboembolismo pulmonar en consulta de atención primaria

#### Autores:

Pilar Marín Cámara.

#### Centro de Trabajo:

Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres.

### Descripción del caso

Mujer de 68 años con dolor a nivel de cara posterior de muslo izquierdo y disnea esporádica de una semana de evolución tras viaje en autobús de larga duración (inmovilización prolongada) que se ha hecho de reposo en los últimos dos días, motivo por el cual acude a consulta de AP. No otra clínica.

AP de glaucoma, osteoporosis, IVC de MMII y un episodio previo de flebitis. No tabaquismo ni DLP.

AF: madre con TEP.

### Exploración y pruebas complementarias

TA 115/65 FC 82 lpm SatO2 86-91% Tª 37.4°C Glu. Capilar 93

Normocoloreada. Eupneica en reposo.

AC: rítmica, taquicárdica, ss polifocal más marcado en foco aórtico (ya conocido).

AP: normal.

MMII: se palpa cordón venoso a nivel de cara posterior de muslo izquierdo, doloroso, sin signos inflamatorios locales. Signo de Homans +. Pulsos distales conservados.

ECG: ritmo sinusal a 108 lpm. PR normal. Onda S en I, onda Q en III, ondas T negativas de V4 a V1. Bloqueo completo de rama derecha. No alteraciones agudas de la repolarización. (Patrón S1Q3T3, hallazgo frecuente en el TEP).

Pruebas complementarias:

- Analítica:

Hemograma: fórmula leucocitaria normal, Hemoglobina 6.8g, hematocrito 24.8.

Bioquímica: Troponina TUS 23.54, resto normal.

Coagulación: Dímero D 4.4mg/L.

GAB: PH 7.45, PO2 60, PCO2 29.8, Bicarbonato 20.6.

- Rx tórax: ICT ligeramente aumentado. Senos costofrénicos libres. No imágenes de condensación ni atelectasias.

-TAC arterias pulmonares con contraste IV: se evidencian defectos de repleción en el interior de arterias pulmonares lobar inferior derecha y lobar superior izquierda compatibles con TEP.

Ingresa a cargo de Medicina Interna donde se inicia tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas y oxigenoterapia.

### Juicio clínico

Con la sospecha clínica de TEP y TVP en MII, se remite a la paciente al Hospital de referencia para completar estudio.

### Diagnóstico diferencial

- Síndrome coronario agudo
- ICC
- Pericarditis
- Neumotórax
- Neumonía
- Ansiedad

### Comentario final

A pesar de contar con escasos recursos diagnósticos en AP, nos encontramos en una posición privilegiada a la hora de realizar el diagnóstico precoz o sospechar TEP en nuestros pacientes teniendo en cuenta la importancia de una buena anamnesis y los factores de riesgo que presenten.

### Bibliografía

-Nueva edición. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

-Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5a Edición. 2015 Elsevier.*

-B Taylor Thompson, MD, Christopher Kabrhel, MD, MPH, Constantino Pena, MD. *Clinical presentation, evaluation, and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected acute pulmonary embolism. UpToDate. Sep 13, 2017.*

-B Taylor Thompson, MD, Christopher Kabrhel, MD, MPH. *Overview of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate. Dec 16, 2016.*

-Victor F Tapson, MD. *Treatment, prognosis, and follow-up of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate. Apr 06, 2017.*

## 299/84.

### Curación vs enfermedad

**Autores:**

*Francisca Gómez Álvarez.*

**Centro de Trabajo:**

*Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Naval Moral de la Mata. Naval Moral de la Mata, Cáceres.*

### Descripción del caso

Paciente natural de Marruecos que acude al PAC y consulta por odinofagia, fiebre y tos productiva. Desde hace meses presenta deterioro del estado general con astenia, febrícula, pérdida ponderal de 2kg y odinofagia.

Hace 3 días presenta empeoramiento, tos no productiva (salvo a primera hora de la mañana que emite esputos oscuros, no hemáticos) y dolor costal inespecífico.

No ha realizado viajes al extranjero y trabaja en la recogida de tabaco. Tolerancia antecedentes personales ni familiares de interés. Tto: AINES.

### Exploración y pruebas complementarias

TA: 152/68mmHg Fc: 101lpm SatO2: 94%(basal) Tª: 37.7°C

Aceptable estado general. Consciente. Orientado. Ligera taquipnea. Tolerancia decúbito. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado.

CyC: No adenopatías. ORL: faringe hiperémica sin exudados.

ACP: murmullo vesicular conservado con crepitantes secos en ambos campos. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abd: blando, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias palpables. No signos de irritación peritoneal.

Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas. PPCC normales. No signos meningismo.

Se deriva a Urgencias del Hospital para realizar prueba de imagen si precisa para descartar infección respiratoria condensante.

En Urgencias se obtiene:

Analítica: Hemograma: Leucocitos: 15.07 (neutrófilos: 81.3%). Resto normal.

BQ: glucosa: 121, Cr: 0.68, PCR: 185.8. Perfil hepático y tiroideo normal.

GAB: pH: 7.48, pO2: 67.2, pCO2: 28.5, bicarbonato: 20.8

Rx tórax: patrón micronodulillar. Infiltrados alveolares en todos los campos pulmonares con broncograma aéreo en LSD.

ØIngreso hospitalario. Dgco: probable neumonía.

Se realiza despistaje de infección pulmonar por virus/micóti-cas(incluido IgE e IgG para hongos) y TBC.

TAC torácico: infiltrados alveolointersticiales parcheados múltiples (TBC/Neumonitis por hipersensibilidad)

Fibrobroncoscopia con BAL y BAS (linfocitosis principalmente contenido macrófagos y linfocitos)

### Juicio clínico

Neumonitis por hipersensibilidad

### Diagnóstico diferencial

ABPA

Proceso neumónico

### Comentario final

Me resulta relevante este caso para tomar conciencia y conocer la demografía que nos rodea en cada ámbito. En España el 97%

de la producción de tabaco proviene de Extremadura, y los trabajadores se ven expuestos a trastornos respiratorios causados por los ácaros del polvo de tabaco y hongos en los secaderos donde se manipulan y secan hojas de tabaco.

Por ello señalar que desde Atención Primaria, deberemos hacer una exhaustiva entrevista clínica a nuestros pacientes, no olvidar nunca su profesión ni el concepto de enfermedad profesional y saber que tenemos a mano pruebas diagnósticas para solicitar e ir avanzando en conjunto con los especialistas (disminuir tiempo de ingreso) y así llegar a un buen diagnóstico y lo más importante, no provocar una demora en el tratamiento.

#### Bibliografía

Matthew C. Miles, MD (S.F.) ABPA. Manual MSD. Trastornos del pulmón y vías respiratorias. <http://www.msmanuals.com/es-es/profesional/trastornos-pulmonares/asma-y-trastornos-relacionados/aspergilosis-broncopulmonar-al%C3%A9rgica-abpa>

Villar A., Rodríguez M.J. (2015). Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales. MESS. Madrid: INSHT.

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/MEDICINA%20Y%20ENFERMERIA%20DEL%20TRABAJO/2014%202012%20%20Directrices%20para%20la%20toma%20de%20decisiones/2014/DDC%20RES-07.pdf>

García A. Manual Curso Intensivo MIR Asturias. Neumología. Madrid; 2016.

Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ªed. Mexico; 2015.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

299/28.

### Cómo la espirometría influye en la clasificación GOLD de los pacientes EPOC

#### Autores:

(1) Gaspar Ortiz Quintana; (2) Alicia Moscoso Jara; (3) Marta Entrenas Castillo; (4) Cristina Aguado Taberne; (5) Rafael del Pozo Guzmán; (4) José Antonio Gascon Jiménez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fuensanta. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Santa Rosa. Córdoba.; (3) Médico Residente Neumología. UGC Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (4) Médico de Familia. UGC Santa Rosa. Córdoba.; (5) Médico de Familia. UGC Occidente. Córdoba.

#### Introducción

La clasificación GOLD encuadra en cuatro grupos a los pacientes. Hasta de 2016 el valor del FEV1 era crítico para discriminar los grupos. En 2017 ha desaparecido como clasificador.

#### Objetivos

Valorar el posible cambio de grupo al quitar el elemento obstrucción de la clasificación. Diferencias entre consultas de atención primaria y de hospital.

#### Diseño

Estudio analítico, observacional y multicéntrico.

#### Emplazamiento

Consultas de 6 centros de atención primaria y una consulta monográfica hospitalaria.

#### Material y métodos

Pacientes con diagnóstico EPOC reclutados consecutivamente en 6 centros de atención primaria (n=171, 83%) y una consulta monográfica hospitalaria (n=35, 17%).

Cálculo tamaño muestral: población total de 173.000 hab., frecuencia esperada 10%, nivel confianza del 95% y precisión del 3%, n= 200 pacientes.

#### Aplicabilidad

Auditoría de historias clínicas de pacientes reales en consultas de atención primaria y hospitalaria.

#### Aspectos ético-legales

Conformidad con los requisitos establecidos (Declaración de Helsinki, Tokio 2004 y LODP)

#### Resultados

Variable Serie(n=206) Primaria(n=171) Hospital(n=35) p

FEV1(%teorico) 58,06+20,6661,15+19,6642,94+18,92<0,0001

Disnea (mMRC) 1,43+1,111,23+1,012,06+0,97<0,0001

CAT11,41+8,9111,03+8,9113,23+8,960,185

Exacerbaciones 0,91+1,321,02+1,340,34+0,680,005

Ingresos 0,17+0,470,14+0,420,34+0,640,02

Serie ABCD GOLD 2016:82/52/13/59. GOLD 2017:86/60/11/49 (Chi21,76; p=0,6237)

Primaria ABCD GOLD 2016:74/45/11/41. GOLD 2017:76/45/10/40 (Chi20,09; p=0,993)

Hospital ABC GOLD 2016:8/7/2/18. GOLD 2017:10/15/1/9 (Chi26,46; p=0,0913)

#### Conclusiones

Los pacientes EPOC en atención primaria presentan menor obstrucción, menor afectación clínica, más exacerbaciones, pero menor necesidad de ingreso.

En GOLD 2017 hay una tendencia a agrupar los casos en los grupos AB, siendo más llamativo en los pacientes de hospital, posiblemente los más graves.

299/47.

### ¿Podemos predecir quién dejará de fumar? Factores asociados al abandono

#### Autores:

(1) Paula Colacicchi; (2) Enrique Alarcón Pariente; (3) Adriana Gaspar Solanas; (4) Patricia Polo Barrero; (5) Francisca Muñoz Cobos; (5) José María Santacruz Talledo.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo Zona 1 Hospital Carlos Haya. Málaga; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga; (5) Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

#### Introducción

El tabaquismo es un factor de riesgo conocido en enfermedades prevalentes en nuestro entorno. En atención primaria se realizan intervenciones grupales.

#### Objetivos

Evaluar factores asociados al abandono del hábito tabáquico tras una intervención grupal.

#### Diseño

Descriptivo longitudinal

#### Emplazamiento

Centro de Salud urbano



## Material y métodos

Sujetos: participantes en una intervención grupal (2009-2017) (n=364). Intervención multicomponente: 6 sesiones, reducción progresiva, motivacionales, tareas cognitivo-conductuales. Variables: edad, sexo, intentos abandono, enfermedades relacionadas, uso de fármacos, convivientes fumadores, cooximetría (CO), peso, cigarrillos/día. Variable dependiente: abandono tras intervención. Regresión logística binaria

## Aplicabilidad

Conocer los factores relacionados con el abandono permite reorientar la intervención

## Aspectos ético-legales

No conflicto de intereses.

## Resultados

48,9% hombres; edad 52,68 (+ 11,34), 47,8% convivientes fumadores, 42,9% enfermedades relacionadas, 28,2% baja dependencia, 53,8% media, 17,9 alta. 13,5% usan fármacos. Media de sesiones 3,53(+ 0,095). Dejan de fumar el 27,7% del total. Sin intentos previos 21,7%, un intento 39%, dos 9,6%. CO primera sesión 17,56 (+ 9,41) ppm, sexta 6,06 (+ 6,16). Peso inicial 76,11 (+15,39) Kg, sexta 76,50 (+ 15,03)Kg. Cigarrillos/día Basal 18,18 (+ 10,61), sexta 2,96 (+ 5,43). Modelo multivariante (R<sup>2</sup>=0,48): factores predictores de abandono: menor edad (Beta0.96; p 0.002), ausencia enfermedades asociadas (Beta 0.44; p 0.027), mayor número de sesiones (Beta 2,94; p 0.0001), menor CO (Beta 0,92; p 0.002) y menos cigarrillos/día (Beta 0,93; p 0.006) inicial.

## Conclusiones

El abandono del hábito tabáquico tras una intervención grupal es más probable en pacientes más jóvenes, sin enfermedades asociadas, que acuden a más sesiones, con menores cifras de CO y menor consumo inicial.

## 299/77.

### La vacuna de la gripe, clave en la disminución de la incidencia de neumonía en pacientes EPOC.

#### Autores:

(1) Natalia López Torres; (2) Asunción Vitoria Lapeña; (3) Daniel Iván Delgado Bobis; (4) Icíar Concepción Andrés; (5) Miguel Ángel María Tablado.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Rivas-Vaciamadrid. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Paz. Rivas-Vaciamadrid. Madrid.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Rivas-Vaciamadrid. Madrid.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Rivas-Vaciamadrid. Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Perales de Tajuña. Perales de Tajuña. Madrid.

## Introducción

La prevalencia de EPOC en España se estima en torno al 10.2%, siendo la quinta causa de muerte entre varones y séptima entre mujeres. Las medidas de prevención primaria como la vacunación frente a la gripe estacional, van encaminadas a reducir el número de eventos y complicaciones en este grupo de pacientes.

## Objetivos

Demostrar que la incidencia de neumonía en pacientes EPOC es menor entre aquéllos vacunados previamente frente gripe estacional.

## Diseño

Estudio de tipo transversal.

## Emplazamiento

Consulta de Medicina de Familia de Centro de Salud.

## Material y métodos

Se obtuvo una muestra de 98 pacientes diagnosticados de EPOC (83 hombres y 15 mujeres) mediante Consulta@web, comparando la incidencia de neumonía entre aquéllos a los que se les administró la vacuna de la gripe frente a los que no.

## Aplicabilidad

Protocolos aplicables a pacientes diagnosticados de EPOC.

## Aspectos ético-legales

Se tomaron datos de sexo para cada paciente, guardando el anonimato en todo momento.

## Resultados

El estudio reveló que existía una incidencia mayor de neumonía entre el grupo de pacientes EPOC a los que no se les administró vacuna de la gripe (47.68%) frente a los que sí se les administró (7.21%), observándose que de los pacientes que tuvieron un evento neumónico, el 83.9% no había sido vacunado.

## Conclusiones

La prevención primaria con las campañas de vacunación gripal estacional parecen claves en la prevención de neumonía en pacientes diagnosticados de EPOC, considerándose este tipo de intervención favorable ya que disminuye la incidencia de enfermedad en este grupo de riesgo.

## 299/79.

### Relación entre los niveles de vitamina D en pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y su repercusión clínica, en la Rioja

#### Autores:

(1) M<sup>a</sup> Fernanda Daccach Navarro; (1) Julio Francisco Flores Morán; (2) José Tomás Gómez Sáenz; (3) Luz Marina Rivera Castro; (2) Jaione González Aguilera; (2) Rubén Obregón Díaz.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos, Logroño; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Nájera. La Rioja.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Arnedo. La Rioja.

## Introducción

Los efectos extraóseos de la vitamina D (VitD) son poco conocidos. Hay estudios que relacionan su carencia con exacerbaciones de asma y EPOC.

## Objetivos

- Describir los niveles de VitD y las manifestaciones clínico-funcionales de la EPOC.
- Comparar los niveles de VitD en invierno y en verano.

## Diseño

Estudio descriptivo.

## Emplazamiento

Centros de Atención Primaria de Logroño.

## Material y métodos

Pacientes con EPOC con al menos 6 meses de evolución de centros de salud de Logroño con espirometría diagnóstica sin tratamiento sustitutivo con VitD ni enfermedades autoinmunes, enfermedad renal crónica en diálisis ni tumores activos ni fármacos que alteren la determinación de VitD. Muestreo consecutivo. Variable independiente VitD (deficiencia <12ng/mL, óptimo <20).

Variables dependientes: exacerbaciones, comorbilidades (Charlson). Variables descriptores: edad, sexo, actividad física (cuestionario IPAQ). VitD (variable dependiente) y estaciones del año (independiente).

### Resultados

Sobre una muestra inicial de 111 pacientes 87 excluidos (31 error diagnóstico, 25 sin espirometría, 8 en tratamiento con VitD, institucionalizados o no colaboración). Edad media 68 años, 17 varones y 7 mujeres. Solo una de cada 5 espirometrías realizadas en Atención Primaria. Tres pacientes presentaban déficit.

### Conclusiones

Los resultados están condicionados por el tamaño muestral, la mala calidad de las historias clínicas (diagnósticos sin espirometría) y el gran número de exclusiones. No se pudo obtener datos de pacientes institucionalizados. Los pacientes incluidos son significativamente más jóvenes y con mejores FEV1.

No encontramos asociación entre los niveles de VitD y agudizaciones, disnea, estacional, nivel de comorbilidad, actividad física o niveles de FEV1.

La historia clínica debería de redactarse de modo homogéneo.

## PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

### 299/3.

#### Cuantificación de la adherencia a los inhaladores en un área de atención primaria.

##### Autores:

(1) Enrique Rodríguez Guerrero; (2) María Aneri Vacas; (3) Inmaculada Aguilar López; (4) Fernando Alarcón Porras; (5) Isabel María Martín Aguilera; (6) Antonio Hidalgo Requena.

##### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba.; (5) Médico de Urgencias. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.; (6) Médico de Familia. UGC Lucena. AGS Sur. Córdoba.

##### Introducción

Se ha estimado que el grado de cumplimiento de la terapia con medicamentos inhalados en pacientes con asma y EPOC no supera el 50% aumentando la mortalidad y la morbilidad. Como herramienta de medida tenemos el "Test de Adherencia a los Inhaladores", el cual podría cuantificar este problema de gran interés socio-sanitario.

##### Objetivos

Como objetivo principal se pretende identificar el grado de adherencia al tratamiento inhalado por parte de los pacientes con asma y EPOC.

##### Diseño

Se trata de un estudio de corte transversal.

##### Emplazamientos

Se desarrollará entre los meses de enero a junio de 2018 en 4 cupos médicos de diferentes centros de salud.

### Material y métodos

Los criterios de inclusión serán tener 14 años o más con diagnóstico de EPOC o asma, con prescripción y uso continuado de inhaladores en los últimos dos meses al menos. Con una población de referencia de unos 400 sujetos, tras el cálculo muestral, será necesario reclutar a 235 sujetos. Se realizará un muestreo consecutivo y por conglomerados. Como variable dependiente tendremos el grado de adhesión al tratamiento de inhaladores mediante el test de adhesión a inhaladores, y como variables independientes, el grado de adhesión mediante otros test, variables de tipo socio-demográfico y clínicas. El análisis estadístico se realizará mediante el paquete informático SPSS. Como limitaciones tenemos la no aleatorización de la muestra y posible sesgo del entrevistador.

### Aplicabilidad

Al detectar baja adhesión a tratamiento inhalado podremos desarrollar labores educativas mejor adaptadas.

### Aspectos ético-legales

Actualmente el proyecto está a la espera de ser aprobado por el comité de ética provincial.

### 299/11.

#### Concordancia en la percepción del control del asma entre pacientes y médicos de atención primaria

##### Autores:

(1) Cristina Bellido Moyano; (2) María Aneri Vacas; (1) Enrique Rodríguez Guerrero; (3) Inmaculada Aguilar López; (1) Elena Rodríguez González; (1) Antonio Hidalgo Requena.

##### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

##### Introducción

Un mejor conocimiento de los factores de riesgo asociados con mal control, podría permitir mejorar el manejo del asma.

##### Objetivos

Determinar la concordancia entre la percepción del control del asma por parte de pacientes y médicos de atención primaria.

##### Diseño

Multicéntrico, observacional y transversal.

##### Emplazamientos

Consultas de AP del SAS.

##### Material y métodos

96 pacientes (IC 95%, p2%) con asma intermitente o persistente (según criterios de la GEMA), y 6 médicos. Enero-abril de 2018.

Variables: grado de control del asma (Test de Control del Asma), cuestionario ad hoc relleno por los médicos y pacientes, riesgo futuro del asma, actividad física, hábito tabáquico, historia clínica de asma y tratamiento utilizado.

Para contrastar la bondad de ajuste a una distribución normal de los datos de variables cuantitativas con  $N > 50$ : Kolmogorov-Smirnov; si  $N < 50$ : Shapiro-Wilk. Para las variables cualitativas dicotómicas independientes: Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. T- Student o Mann Whitney-Wilcoxon para variables continuas. ANOVA o Kruskal Wallis para tres ó más grupos de datos continuos. Para la relación entre dos variables continuas: Coeficiente de correlación se Spearman. (G-Stat 2.0 y Epidat 4.2).

Limitaciones: sesgos de selección o de información y la no contemplación de variables que afecten el control del asma.

#### Aplicabilidad

Pretendemos obtener información sobre el control del asma conociendo su tratamiento. El conocimiento de los factores de riesgo del asma podría mejorar el manejo de la enfermedad y sus costes.

#### Aspectos ético-legales

Cumple los principios de la Declaración de Helsinki. Ha sido enviado al Comité de Ética de Córdoba y notificado a la Agencia Española del Medicamento.

## 299/36.

### Asociación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

#### Autores:

(1) María Elena González Rodríguez; (1) Enrique Rodríguez Guerrero; (2) Cristina Flores Rivera; (3) María Aneri Vacas; (4) Isabel López Macías; (1) Antonio Hidalgo Requena.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.; (4) Médico de Familia. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

#### Introducción

Muchos estudios epidemiológicos han encontrado una asociación positiva entre la enfermedad periodontal (EP) y el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Ambas enfermedades comparten los mismos factores de riesgo. Se considera que las bacterias orales pueden jugar un papel clave en su progresión.

#### Objetivos

Evaluar si existe asociación positiva entre riesgo de EP y EPOC en el Sur de España.

#### Diseño

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

#### Emplazamientos

Centros de Atención Primaria del sur de España: Badajoz y Córdoba.

#### Material y métodos

- Población: pacientes EPOC elegidos de forma aleatoria simple. La cohorte de comparación no EPOC elegidos mediante muestreo consecutivo, emparejados por edad y sexo.
- Muestra: 96 unidades experimentales en el grupo control y 50 en el experimental.
- Variables a estudiar: Dependiente: riesgo de EP. Independientes: edad, sexo, nivel de estudios, tabaquismo, EPOC, años desde diagnóstico de EPOC, tratamiento con corticoides inhalados, exacerbaciones, comorbilidades.
- Instrumentos de medidas: historia clínica y cuestionario validado para estimación del riesgo de EP.
- Análisis estadístico: Cálculo de medidas de tendencia central y cálculo de frecuencias relativas, así como la prueba de chi-cuadrado y t de Student. Utilizaremos, además el análisis multivariante de regresión logística binaria cruda y ajustada.
- Limitaciones: al ser un estudio observacional, no se podrá establecer causalidad entre ambas patologías.

#### Aplicabilidad

Conocer si existe o no asociación significativa entre la EP y la EPOC, para desarrollar futuros estudios de causalidad y/o actividades de prevención de enfermedad periodontal en pacientes EPOC en el ámbito de la Atención Primaria.

#### Aspectos ético-legales

Pendiente de aprobación por el Comité de Ética de Córdoba.

## 299/81.

### Influencia de la toma de decisiones compartidas en el correcto uso de la terapia antibiótica en pacientes con bronquitis aguda

#### Autores:

(1) Rodrigo Sebastián Fernández Márquez; (2) Rafael Jesús Reyes Vallejo; (3) Sara Fernández López.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Occidente. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villarrubia. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Villanueva del Rey. Córdoba.

#### Introducción

La bronquitis aguda es una de las infecciones respiratorias autolimitadas más frecuentes. Aproximadamente el 90% de las bronquitis agudas son de etiología vírica, en contraposición a la neumonía, cuya causa suele ser bacteriana.

#### Objetivos

Nuestro objetivo principal es introducir herramientas de toma de decisiones compartida para disminuir el consumo innecesario de antibiótico.

#### Diseño

- PRIMERA FASE: Estudio observacional descriptivo, transversal y multicéntrico.
- SEGUNDA FASE: Estudio cuasi-experimental, pre-postintervención comunicacional, antes-después, abierto, multicéntrico.

#### Emplazamientos

Centros de Salud y a Urgencias hospitalarias

#### Material y métodos

- Población y muestra: 120 pacientes entre 14 y 55 años con criterios diagnósticos de bronquitis aguda.
- Intervención: proporcionaremos al paciente la información correcta acerca de su patología y sobre el tratamiento de la misma, y en segunda fase, tras 10 días después de la consulta se realizará un cuestionario telefónico sobre el uso de antibióticos en el paciente tras la información recibida, así como sobre la evolución clínica.
- Técnica de análisis: Análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado (regresión lineal múltiple).
- Limitaciones: sesgo de selección, sesgo de obsequiosidad, sesgo de Hawthorne, sesgo de información.

#### Aplicabilidad

Conocer el manejo que presentan los profesionales. Inclusión en protocolos de AP en relación a las técnicas comunicacionales de la toma de decisiones compartidas.

#### Aspectos ético-legales

Se esperan riesgos de ningún género.

## Organiza



 [www.facebook.com/Semergen](http://www.facebook.com/Semergen)

 [www.twitter.com/SEMERGENap](http://www.twitter.com/SEMERGENap)

## Secretaría Técnica



C/Narváez 15·1º izq  
28009 · Madrid  
tel: 902 430 960  
fax: 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)