X Jornadas Nacionales de Respiratorio

SEMERGEN Revista

10-15/mayo/2021

Formato Virtual

www.jornadasrespiratorio.com
info@jornadasrespiratorio.com
#RESPIRATORIOSEMERGEN21

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

SEMERGEN AP
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
Respiratorio

EDITORES

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

COMITÉ EDITORIAL

Dr. D. Delio Vazquez Mallada
Dr. D. Francisco Vicente Martinez García
Dra. Dª. María Ajenjo González
Dra. Dª. Naiara Cubelos Fernández
Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez
Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza
Dr. D. Antonio Hidalgo Requena
Dr. D. Bartolomé Leal Correa
Dr. D. Vicente Martín Sánchez
Dra. Dª. Ana Viejo Casas

Número 5. Año 2021.

Editor: Grupo de trabajo de Respiratorio de SEMERGEN
ISSN: 2445-415X

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

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

Salutación

Estimados compañeros

Desde el año 2011 venimos celebrando las Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN, promovidas por el Grupo de Trabajo de Respiratorio y dirigidas a Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y que este año cumplen una década de formación continuada para los profesionales de la Atención Primaria. Iniciamos nuestra andadura en Santander y las Jornadas se han consolidado como un encuentro donde los profesionales pueden actualizar su formación en todos los temas relacionados con la patología respiratoria.

Debido a la excepcional situación que trajo la pandemia a todos los profesionales sanitarios, a nuestros pacientes y a la población general, esta edición hemos apostado por un formato virtual con la tecnología más puntera que nos permitirá actualizar los conocimientos e intercambiar opiniones de una manera fácil, cómoda y desde la seguridad de nuestras casas. Por ese motivo ampliaremos las Jornadas durante toda la semana con el fin de facilitar que os conectéis y para poder compatibilizar con nuestras jornadas laborales.

Realizaremos una puesta al día de las últimas novedades y recordaremos los fundamentos para el abordaje correcto de patologías respiratorias tan prevalentes como asma, EPOC apnea del sueño o tabaquismo entre otras.

Pretendemos realizar unas Jornadas Virtuales participativas, con actividades acreditadas y con la participación de los mejores ponentes en las diferentes áreas tanto de especialistas de Atención Primaria como Hospitalaria.

Os esperamos en las X Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN que se realizarán en formato virtual desde el 10 hasta el 15 de mayo de 2021.

Un saludo a todos.

Comité Organizador y Científico

Comités

Comité organizador y Científico

Dr. D. Victoriano Chavero Carrasco
Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

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

Dr. D. Antonio Hidalgo Requena
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

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

Dr. D. José Ignacio Prieto Romo
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

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

Información General

Fecha de Celebración y Sede

Fecha: 10 al 15 de Mayo de 2021
Sede: Palacio de Congresos Virtual
Web: www.jornadasrespiratorio.com
E-mail: info@jornadasrespiratorio.com
Secretaría Técnica:
C/ Narváez 15,1ºizq.
28009 Madrid
Tel: 902 430 960 |Fax: 902 430 959
E-mail: info@apcongress.es

Secretaría Técnica:

ap congress

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

Acreditaciones científicas

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de Madrid del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. Concedida Validación por parte de la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN. CNV 00235-2019

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP Respiratorio

Índice

- Salutación 3
- Comités 4
- Información General 5
- Acreditaciones científicas 5
- Programa Científico 9
- Resumen de Ponencias 15
- Comunicaciones Médico de Familia 36

Programa Científico

Programa Científico

Lunes 10 de Mayo

15.30 - 16.30 h.

Comunicaciones: Prueba Técnica para Defensores

Sala de Pruebas

16.30 - 17.00 h.

Acto de Inauguración

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

17.00 - 18.00 h.

Puesta al día: Diagnóstico en alergia respiratoria

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Dr. D. Leopoldo García Méndez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

▶ **Dra. Dª. Ana Carmen Gil Adrados**

Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora Médico. Centro de Salud Talavera 3- Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo.

▶ **Dr. D. Moisés Labrador Horrillo**

Facultativo Especialista de Sección de Alergología. Hospital Universitari Vall d´Hebron. Barcelona. Prgilofesor Titular de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

18.00 - 19.30 h.

Puesta al día: GESEPOC 2021. El papel de la triple terapia en EPOC en el nuevo entorno de acceso

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

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

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.

Ponentes:

▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

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

▶ **Dr. D. Marc Miravitlles**

Especialista en Neumología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

▶ **Dr. D. Juan Antonio Riesco Miranda**

Especialista en Neumología. Cáceres.

19.00 - 20.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 1

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderador:

▶ **Dr. D. Iván Valero López**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares de Coslada-Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Martes 11 de Mayo

16.00 - 17.00 h.

Comunicaciones: Prueba Técnica para Defensores

Sala de Pruebas

17.00 - 18.00 h.

Mesa de Actualidad: Tos y Tosferina

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

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

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

Ponentes:

▶ **Dr. D. José Ignacio Peis Redondo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

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

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Asón Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

17.00 - 18.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 2

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderadora:

▶ **Dra. Dª. Carmen García-Rámila San José**

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

17.00 - 18.00 h.

Mesa de Actualidad: Evolución de las Guías GEMA y GINA

Sala de Conferencias 2

Moderador:

▶ **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

▶ **Dra. Dª. Ana Viejo Casas**

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

▶ **Dra. Dª. Eva Trillo Calvo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Belchite. Zaragoza. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor, Salud Mental y Respiratorio de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Puesta al día: Asma y EPOC en situación de pandemia COVID-19

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

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

Ponentes:

▶ **Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

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

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

Medicina Familiar y Comunitaria.UGC Aeropuerto. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

19.00 - 20.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 3

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderador:

▶ **Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

19.00 - 19.15 h.

Presentación: Plan Nacional de Tutores

Sala de Conferencias 2

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Zaira Mª Correcher Salvador**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuaga. Badajoz. Área de Relaciones Internacionales SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Miércoles 12 de Mayo

16.00 - 17.00 h.

Comunicaciones: Prueba Técnica para Defensores

Sala de Pruebas

17.00 - 18.00 h.

Puesta al día: Manejo del paciente asmático en el entorno actual

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderadora:

▶ **Dra. Dª. Margarita Pinel Monge**

Medicina Familiar y Comunitaria. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Diagnóstico del asma en tiempos de pandemia

Ponente:

▶ **Dr. D. Bartolomé Leal Correa**

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

Estrategia MART en el paciente asmático

Ponente:

▶ **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Mesa de Actualidad: Consulta telemática del paciente EPOC: Recomendaciones para una nueva época

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Dr. D. Antonio Hermoso Sabio**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Zubia. Consultorio Bellavista. Cájar. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Ponentes:

▶ **Dr. D. Diego Murillo García**

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

▶ **Dra. Dª. Milagros González Béjar**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer y de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 4

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderador:

▶ **Dra. Dª. Maribel Marangues**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. PAMEM. Barcelona.

18.00 - 19.00 h.

Mesa de Actualidad: Hipoacusia y enfermedades respiratorias, ¿Cómo se relacionan? Enfoque desde Atención Primaria

Sala de Conferencias 2

Moderador:

▶ **Dr. D. Pedro Antonio Vicioso Ranz**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orotava-Dehesas La Orotava. Santa Cruz de Tenerife. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

▶ **Dr. D. Francisco Jesús Morales Escobar**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arucas. Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. David Martín Enguix**

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología de SEMERGEN.

19.00 - 20.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 5

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderador:

▶ **Dr. D. Victoriano Chavero Carrasco**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

19.00 - 19.30 h.

Presentación: Proyecto Control ASMApp. Control del asma: un reto vigente

Sala de Conferencias 2

Moderador:

▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

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

Ponente:

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

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

Jueves 13 de Mayo

16.00 - 17.00 h.

Comunicaciones: Prueba Técnica para Defensores

Sala de Pruebas

17.00 - 18.00 h.

Puesta al día: Gestión ante la inercia en EPOC

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

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

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

Ponentes:

▶ **Dr. D. Daniel Rey Aldana**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Respiratorio y de Urgencias de SEMERGEN. Presidente SEMERGEN Galicia.

▶ **Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Mesa de Actualidad: Control, adherencia y nuevas tecnologías en el asma

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Ponentes:

▶ **Dr. D. Victoriano Chavero Carrasco**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 6

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderadora:

▶ **Dra. Dª. Carmen García-Rámila San José**

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

18.00 - 19.00 h.

Taller: Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia

Sala de Conferencias 2

Ponentes:

▶ **Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

19.00 - 20.00 h.

Mesa de Actualidad: Entrevista con el experto: ¿Cómo afecta la rinitis alérgica a nuestras consultas de Atención Primaria?

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Dr. D. Arturo Alonso Lobo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Proaza. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Rosa Stolle Arranz**

Medicina Familia Familiar y Comunitaria. Alergóloga. Centro de Salud Cameros Viejos. La Rioja.

19.00 - 20.00 h.

Defensa de Comunicaciones: Sesión 7

Sala de Defensa de Comunicaciones

Moderador:

▶ **Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Viernes 14 de Mayo

16.30 - 18.00 h.

Puesta al día: Novedades en vacunas para enfermedades respiratorias

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Ponentes:

▶ **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Esther Redondo Margüello**

Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de División de Vacunación Internacional. Centro de Salud Internacional. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Álvaro Morán Bayón**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. Secretario del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública y Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias de SEMERGEN.

18.00 - 19.00 h.

Mesa de Actualidad: Asma y vida real

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Sr. D. José María Ibancos Arnaldos**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Ponentes:

▶ **Dr. D. Iván Valero López**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares de Coslada-Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Julio Delgado Romero**

Especialista en Alergología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

18.00 - 19.00 h.

Taller: Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia

Sala de Conferencias 2

Ponentes:

▶ **Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Margarita Pinel Monge**

19.00 - 20.00 h.

Taller: Un fumador llama a tu teléfono ¿y ahora qué?

Sala de Talleres

Ponentes:

▶ **Dr. D. Delio Vázquez Mallada**

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

▶ **Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Periférico. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.

Sábado 15 de Mayo

10.00 - 12.00 h.

Mesa de Actualidad: Todo lo que debe saber sobre

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

▶ **Dr. D. Juan Carlos López Caro**

Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de docencia. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Semiología respiratoria

Ponente:

▶ **Dr. D. Luis Contreras Briones**

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Disnea aguda origen respiratorio

Ponentes:

Dra. Dª. Clara Gran Tijada

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

Dra. Dª. Pilar Sáez Marco

Residente de 2° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

¿Cómo vivir sin espirometría?

Ponente:

Dr. D. Mariano Rodríguez Porres

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Ason. Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. GRAP Y ACINARAS.

Cáncer de Pulmón

Ponentes:

Dra. Dª. Carmen Riaza Ocio

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Dª. Carmen Ágreda Liroz

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Dª. Leyre Sáenz de Pipaón Ayala

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Pedro. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Herramientas de control en EPOC

Ponente:

Dra. Dª. Raquel Baños Morras

Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN.

Herramientas de control en ASMA

Ponente:

Dra. Dª. Araceli Rodríguez Onieva

Residente de 2° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sur Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

12.00 - 13.00 h.

Mesa de Actualidad: Manejo del paciente COVID en Atención Primaria

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Moderador:

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz

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

Ponentes:

Dr. D. Alexandre Bassa Massanas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. PAMEM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. D. Luis Richard Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerto Santa María Sur. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.

13.00 - 13.30 h.

Acto de Clausura

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Resumen
de Ponencias

Resumen de Ponencias

Puesta al día: Diagnóstico en alergia respiratoria

Moderador:

▶ **Dr. D. Leopoldo García Méndez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

▶ **Dr. D. Moisés Labrador Horrillo**

Facultativo Especialista de Sección de Alergología. Hospital Universitari Vall d´Hebron. Barcelona. Prgilofesor Titular de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Las manifestaciones principales de la alergia respiratoria son la rinitis y el asma. En los últimos años se ha demostrado que ambas manifestaciones de la enfermedad alérgica respiratoria están íntimamente relacionadas y la rinitis es un factor de riesgo para desarrollar asma y el control del asma es más difícil si se asocia rinitis.

Es importante resaltar que todos los métodos diagnósticos que tenemos actualmente nos sirven para diagnosticar sensibilización alérgica. Y que hablamos de alergia cuando existe sensibilización y síntomas concordante. En caso contrario estaríamos hablando de sensibilización clínicamente no relevante.

Debemos resaltar que no toda la rinitis es alérgica ya que existe la rinitis infecciosa la no alérgica (como la vasomotora) y las formas mixtas. De igual manera tenemos un asma alérgica y un asma no alérgica. En los últimos años además se han identificado fenotipos y endotipos y separamos la rinitis y asma con inflamación predominante T2 y no T2 que tiene repercusiones en el tratamiento. Una de las características comunes a la inflamación T2 alérgica es la presencia de IgE.

La sensibilización IgE mediada podemos medirla por pruebas in vivo (pruebas intraepidérmicas o "prick test") a una batería de los neumoalérgenos más frecuentes en nuestra área y pruebas in vitro como es la medición en suero de la IgE total o IgE específica sérica a dichos aeroalérgenos o a los componentes alergénicos principales. Esta determinación la podemos hacer por métodos "singlepex" o "multiplex". En primaria para valorar alergia respiratoria puede determinarse la IgE sérica contra mezcla de alérgenos inhalantes como es el Phadiatop®.

Según el estudio alergológica la principal sensibilización a aeroalérgenos en España es 71% a pólenes (los mayoritarios son el pólen de gramíneas y el pólen de olivo) 43% a ácaros del polvo doméstico 21% a caspa o epitelios de mascotas y el 8% a esporas de hongos como la alternaria.

Conocer a qué es alérgico un paciente, siempre que sea clínicamente relevante nos sirve para evitar dicho alérgeno o prepararse (por ejemplo, mediante calendarios polínicos) así como para valorar la posibilidad de utilizar inmunoterapia específica como posible tratamiento modificador de la enfermedad. La Inmunoterapia específica (ITE) con alérgenos consiste en la administración gradual de cantidades crecientes de un extracto alergénico a un individuo alérgico, llegando a una dosis eficaz y mejorando los síntomas asociados a la exposición posterior al antígeno causal. Están indicadas en casos moderados graves y únicamente deberían utilizarse aquellas que utilizan extractos de calidad y cuentan con evidencia científica. Su mecanismo de acción es mediante la inducción de respuestas reguladoras (linfocitos T y B reguladoras y supresión de mecanismos efectores).

En Cataluña los criterios de derivación desde primaria a especializada en el ICS son: sospecha de enfermedad alérgica con moderada grave afectación con una prueba de cribado positivo (Phadiatop®) y o bien mala respuesta al tratamiento o bien necesidad de tratamiento específico.

▶ **Dra. Dª. Ana Carmen Gil Adrados**

Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora Médico. Centro de Salud Talavera 3- Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción.

Nuestro objetivo manejar la enfermedad respiratoria alérgica (ERA) que es una alteración del estado de salud ocasionada por la generación de anticuerpos IgE frente a aeroalérgenos que conduce a diferentes manifestaciones clínicas en la vía respiratoria superior y/o inferior, como conjuntivitis, **rinitis alérgica (RA) o asma.** La importancia del diagnóstico para establecer el tratamiento, evitando las complicaciones de estos procesos alérgicos que son muy frecuentes.

Desarrollo del tema:

El asma tiene mil caras variables al igual que la patología nasal. Desde la publicación en 2001 del documento ARIA (Rinitis Alérgica y su Impacto sobre el Asma), rinitis y asma alérgicas se consideran diferentes expresiones clínicas de una misma enfermedad inflamatoria mediada por IgE, bajo el concepto de una "vía respiratoria única".

La interconexión entre la RA y el asma se basa en nexos muy concretos: epidemiológicos, evolutivos y de historia natural, fisiopatológicos (inflamación, hiperreactividad bronquial), y también se interrelacionan en cuanto a gravedad y control y se influyen en el tratamiento. Nexos evolutivos y de historia natural: la rinitis constituye un factor de riesgo para el desarrollo de asma y los pacientes con RA tienen una mayor probabilidad de desarrollar asma que la población general.

La rinitis suele preceder al asma en los adolescentes y en los adultos, mientras que en los niños la enfermedad alérgica respiratoria suele debutar en forma de asma Presentar una rinitis alérgica multiplica la probabilidad de desarrollar asma por 3 en los niños y por 5 en los adultos.Los estudios epidemiológicos apoyan los resultados de los estudios fisiopatológicos y clínicos en los que se demuestra la asociación entre asma y RA, y demuestran que el 60%-80% de los pacientes con asma también tiene RA.

Fisiopatología común en la que tras la sensibilización por el aeroalérgeno el sistema TH2 se activa produciendo una inflación bidireccional que estimula al mastocito dando lugar a la hiperespuesta bronquial.

Diagnóstico basado en síntomas, historia personal y familiar alérgica, las exposiciones ambientales, las comorbilidades, valoración espirométrica de la obstrucción, peak flow, FENO y estudio de los aeroalérgenos implicados.

El tratamiento precoz y contundente de la rinitis alérgica puede prevenir el desarrollo de asma. De ahí la importancias del diagnóstico etiológico.

Conclusiones:
El pensar en la vía única nos permite el control de exposición a los alérgenos implicados, el tratamiento específico con inmunoterapia y prevención de alergias cruzadas.

Mesa de Actualidad: Tos y Tosferina

Moderador:
▶ **Dr. D. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:
▶ **Dr. D. José Ignacio Peis Redondo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Vacunación tosferina

Introducción.
Abordaremos la vacuna de la tos ferina, su implantación en el calendario vacunal. Nuevos tipos de vacuna y la necesidad de aumentar la cobertura en embarazadas y adultos.

Desarrollo del tema
Han existido varios tipos de vacunas a lo largo de la historia (inactivadas, toxoides y proteína con adyuvantes). La vacuna de la tosferina se incluye en el calendario vacunal a lo largo de toda la vida.

No es exclusiva de calendario infantil. Es también de adultos por:

- Inmunosenescencia. Es el deterioro de las funciones del sistema inmunitario que ocurre con la edad. Las personas mayores muestran mayor susceptibilidad para enfermedades infecciosas, cáncer y enfermedades autoinmunes.
- Prevención de enfermedades infecciosas graves
- Enfermedades emergentes de alta morbimortalidad
- Desestabilización de enfermedades crónicas
- Medidas eficientes (coste/beneficio) en políticas sanitarias
- Completar calendario vacunal.

La vacuna de la Tos Ferina tiene elevada eficiencia para disminuir la carga de enfermedad.

A pesar de la alta cobertura vacunal en niños jóvenes, ha habido un aumento declarado de casos en adultos. Aparte existe una real estimación a la baja de la incidencia de tos ferina en adultos.

Aunque la incidencia es similar en grupos etarios y el segundo estudio de seroprevalencia en España indica que existe una escasa inmunidad (menor del 5%) frente a bordetella, las hospitalizaciones y la carga de enfermedad aumenta con la edad.

Existen actualmente muchas recomendaciones de completar calendario vacunal en adultos en muchos países y en patologías crónicas.

Conclusiones:
- La vacunación antipertussis se imbrica en el calendario vacunal a lo largo de toda la vida.
- La inmunidad que generan las vacunas tiene poca duración, por lo que es necesario revacunar.
- Es necesario proteger a los adultos con la vacuna para evitar carga de enfermedad, costes económicos y generar bienestar en las etapas adultas.

▶ **Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Asón Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

¿Qué es la semiología de una enfermedad?
Es la rama de la medicina que se encarga del estudio de los signos y síntomas que presenta un paciente con una determinada enfermedad. Se entiende por síntomas aquellas percepciones subjetivas del paciente (prurito, disnea, dolor) mientras que entendemos por signos aquellos datos clínicos objetivables (ictericia, crepitantes, edemas).

Síntomas y signos
En cuanto a los diferentes síntomas y signos en patología respiratoria vamos a centrarnos en aquellas más frecuentes como motivo de consulta en atención primaria.

- Tos
- Disnea
- Expectoración
- Infecciones respiratorias
- Hemoptisis

Tos
Cuando nos llega un paciente cuyo motivo de consulta principal es la tos debemos realizar una serie de preguntas:

- ¿Desde cuándo presenta tos?: Aguda o crónica (>8 semanas)
- ¿Cómo es? ¿Seca o húmeda? Si es productiva, características.
- ¿Cuándo aparece? La tos que aparece durante el reposo nocturno con frecuencia se debe a ERGE, o broncoespasmo y en pacientes cardíacos se relaciona con la congestión pulmonar o infecciones sobreañadidas.

- ¿Cuánto duran los episodios y cómo es el tono?
- ¿Qué factores lo agravan y cuales la atenúan?
- Indagar sobre factores ambientales:
  * Tabaquismo (EPOC, Cáncer y Fibrosis Pulmonar).
  * Ambiente laboral con exposición a sustancias tóxicas (Bronquitis crónica y Neumoconiosis).
  * Contacto con otros tosedores (TBC).
- Indagar sobre antecedentes propios y familiares sobre la existencia de enfermedades del aparato respiratorio como asma o alergia o de otros aparatos que puedan estar relacionados (ERGE).

Disnea
Cuando el motivo principal es la disnea, debemos tener en cuenta el diagnostico diferencial de la misma como pueden ser:

- Cardiopatías (ICC, valvulopatías, derrame pericárdico).
- Afecciones respiratorias (Asma, EPOC, fibrosis pulmonar, neumonía, atelectasia, derrame pleural, TEPA, cifoescoliosis).
- Anemia
- Alteraciones metabólicas (acidosis, fiebre).
- Psicogénica (ansiedad, angustia).
- Otras causas: obesidad, ascitis, meteorismo, etc.

Siempre debemos preguntar acerca de las características de la disnea y clasificarla según la escala de la mMRC.

Exploración física:
Es muy importante además de una buena anamnesis realizar una correcta exploración física y saber interpretar los hallazgos para así poder llegar a un correcto diagnóstico.

Las partes más importantes de la exploración son:

- Inspección (alteraciones de la piel, forma del tórax, patrones respiratorios, frecuencia respiratoria, etc).
- Palpación del tórax (crepitación, dolor mecánico, adenopatías, etc).
- Percusión del tórax (matidez, timpanismo, sonido normal)
- Auscultación cardiopulmonar (murmullo vesicular normal, crepitantes, sibilancias, roncus, roce pleural, etc).
- Exploración extratorácica.
- Estado de conciencia.
  * Cara: ¿hay cianosis? ¿aleteo nasal? ¿conjuntivas pálidas? (anemia).
  * Cuello: ¿presenta tiraje supraclavicular?
  * ¿Cómo es el decúbito del paciente? ¿indiferente? ¿ortopneico? ¿decúbito preferencial lateral? (grandes derrames).
  * ¿Cómo es el estado de nutrición? la caquexia puede obedecer a cuadros respiratorios avanzados como la TBC o cáncer de pulmón.
  * Otros: dedos en palillo de tambor (acropaquias).

Conclusiones
Conocer la semiología respiratoria es fundamental para el médico de familia así como hacer una correcta y minuciosa anamnesis y exploración física ya que con ello podemos llegar a hacer un diagnóstico precoz de diferentes patologías respiratorias.

Gracias a ello, podemos instaurar medidas que retrasen la aparición de la morbilidad y mortalidad que acarrean las diferentes enfermedades.

Mesa de Actualidad: Evolución de las Guías GEMA y GINA

Moderador:
▶ **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:
▶ **Dra. Dª. Ana Viejo Casas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pisueña Cayón. Sarón. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Introducción.
La guía española del manejo del asma (GEMA) se publicó por primera vez en 2003 por recomendación de la guía "Global Initiative for asthma" (GINA) de tener guías más locales que se adapten a cada entorno y gracias al esfuerzo del Dr Vicente Plaza y del comité de expertos de 5 sociedades científicas que con gran tesón no solo tradujeron la GINA al castellano, si no que la adaptaron a nuestra práctica clínica y siempre basándose en publicaciones científicas en nuestro país.

Tiene especial mérito si tenemos en cuenta que el seguimiento de las guías por parte de los médicos es baja. Los últimos estudios hablan de alrededor de un 30%.

La última edición de la GEMA es la 5.1 publicada en Mayo del 2021 con importantes novedades respecto a la primera, que iremos repasando en esta presentación, en la que han participado 17 sociedades científicas.

Desarrollo del tema.
Entre las novedades de GEMA 5.1 se encuentran:

- Actualización de los síntomas diurnos del control el asma (más de 2 al mes es signo de mal control) y uso de la medicación de rescate (más de 2 al mes)
- Los escalones terapéuticos: la incorporación del LAMA glicopirronio (además del tiotropio) en los escalones 4 y 5
- Nuevo subcapítulo (8.8) sobre aspergilosis broncopulmonar alérgica (asma grave)
- Actualización del capítulo de pediatría
- Actualización del capítulo de asma y COVID

Conclusiones
Se han producido importantes cambios en el manejo del asma desde la primera edición de la GEMA que los médicos de AP debemos conocer, tenemos que

estar actualizados para conseguir un correcto manejo de nuestros pacientes asmáticos. Mejoraremos su control de la enfermedad, mejorando calidad de vida, reduciendo exacerbaciones y por tanto disminuyendo la mortalidad.

GEMA y GINA no son incompatibles, tienen las mismas líneas generales. Debemos conocer sus diferencias y aplicarlas en nuestra práctica clínica. Seguiremos una u otra actuando sobre el paciente individualizando cada caso permitiéndonos una medicina más personalizada.

▶ **Dra. Dª. Eva Trillo Calvo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Belchite. Zaragoza. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor, Salud Mental y Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción.
Exposición de las últimas novedades de las dos principales guías de mayor impacto nacional e internacional para el manejo de asma. Comparativa de las guías y posibles tendencias en el futuro.

Desarrollo del tema.
La guía GEMA y las directrices internaciones GINA surgen hacen ya varias décadas para mejorar el manejo y disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los médicos del asma, dando soporte y ayuda a diferentes colectivos sanitarios implicados en el manejo de esta enfermedad crónica como es el caso de los médicos de Atención Primaria. Se presentaros las principales novedades recogidas en ambas guías, así como las divergencias en determinados aspectos, sobre todo a la hora de los escalones terapéutico y estrategias de manejo. Igualmente, hubo debate de reflexionar hacia donde van las líneas estratégicas del asma en un futuro. Como novedades, se resaltó la necesidad de reducir la medicación de rescate en el asma, es decir el uso de SABA o broncodilatadores de acción corta, haciendo énfasis en entender que el asma es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento de base es el corticoide inhalado. Así mismo, GINA utiliza en todos sus escalones la terapia MART que consiste en la combinación de formoterol + beclometasona ó budesónida como tratamiento de mantenimiento y a demanda en un solo inhalador para asma persistente insuficientemente controlada con glucocorticoides inhalados solos.

Conclusiones.
Como objetivos de la mesa se priorizó entender el asma como enfermedad crónica inflamatoria, cuyo tratamiento de base será el corticoide inhalado en combinación o no de una broncodilatación de larga duración. Así mismo, es imperioso reducir la medicación de rescate como el SABA, entendiendo que aumenta la mortalidad de nuestros pacientes asmáticos.

Puesta al día: Asma y EPOC en situación de pandemia COVID-19

Moderador:
▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:
▶ **Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Tietar. Centro de Salud de Talayuela. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción:
El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes (10% de los niños y el 5% de los adultos padecen asma). En España, en los últimos años, están falleciendo más de 1.100 personas por asma (la mayoría mujeres y cada vez en mayor porcentaje respecto de los hombres). Estas cifras deben de movernos a la reflexión sobre el manejo de una enfermedad tratable, en la que menos del 3% de los pacientes presentan asma refractaria al tratamiento y a sensibilizar a los profesionales sanitarios y al propio paciente sobre el uso excesivo del SABA en monoterapia (es el 7º medicamento más vendido en farmacia y el 40% se adquiere sin receta médica) que conduce a un aumento de exacerbaciones y de mortalidad. Desafortunadamente, la implantación de las principales Guías (GINA, GEMA) no se ha trasladado a la práctica clínica con la misma rapidez que su amplia difusión y actualmente, ante la pandemia COVID 19, que ha asolado a todo el mundo, dichas guías han emitido unas recomendaciones, que intentaremos trasladar, de forma lo más actualizada posible, a través de esta puesta al día.

Desarrollo del tema:
Conocimiento, por parte del oyente de los:

- Objetivos de control efectivo de la enfermedad (dominio actual):
  - * Prevenir los síntomas diurnos, nocturnos y tras el ejercicio físico (controlar los síntomas diarios).
  - * Uso de agonista b2 adrenérgico de acción corta no más de 2 veces al mes.
  - * Mantener una función pulmonar normal o casi normal.
- Objetivos del tratamiento a riesgo futuro:
  - * Prevenir las exacerbaciones y la mortalidad.
  - * Minimizar la pérdida progresiva de función pulmonar y el daño pulmonar (remodelado).
  - * Evitar los efectos adversos del tratamiento a la vez que la inercia terapéutica.
- En presencia de Rinitis, descartar un Asma y viceversa, con estrategia de diagnóstico y tratamiento conjuntas (“One airway”).
- En cada visita (tanto presencial como telemática o telefónica en tiempos de COVID 19) habrá que:
  - * Determinar el control de forma objetiva.

* Evaluar la adhesión al tratamiento y satisfacción con el dispositivo de inhalación.
* Supervisar Técnica de Inhalación correcta.
* Ajustar el tratamiento. Dar un plan de acción del mismo por escrito.
* Seguimiento periódico del paciente (cita de revisión).

Conclusiones:

- ASMA en PANDEMIA COVID-19
- Los pacientes deben:
- Mantener las medidas de protección individual como cualquier ciudadano.
- Continuar con el tratamiento habitual de mantenimiento.
- No realizar nebulizaciones.
- Vacunarse de la gripe, neumococo y COVID 19.

▶ **Dr. D. Francisco Javier Ruíz Moruno**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aeropuerto. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La reciente pandemia de COVID-19 ha supuesto un reto importante en cómo afrontar el tratamiento en pacientes con patología respiratoria. Ha planteado dudas en la posible mayor vulnerabilidad de los pacientes que padecen la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) y peor evolución. Entendemos necesario conocer las repercusiones de la COVID-19 en pacientes con EPOC, el tratamiento y seguimiento indicado según las últimas evidencias disponibles.

No había datos claros que nos dijeran si padecer EPOC suponía un mayor riesgo de padecer COVID-19 en los estudios reportados desde China al inicio de la pandemia. Se suponía que las enfermedades respiratorias crónicas podrían ser una predisposición. Con las datos ya disponibles de los sistemas de vigilancia epidemiológica se observó que la prevalencia de la COVID-19 era similar en pacientes con EPOC y la población general. Lo que sí es evidente que cuando se comparten ambas el desenlace es mas grave y con mayor mortalidad. También se observó que los tratamientos usados en la EPOC deben mantenerse porque ninguno ha demostrado que empeore el desarrollo de la infección por SARS-CoV-2. Además debemos recomendar fomentar la protección frente a la infección con mascarillas y autoaislamiento manteniendo comunicación telemática con estos pacientes y asegurando actividad física en domicilio.

La reciente actualización del Guía GesEPOC 2021 ha marcado nuevas estrategias en la terapia de mantenimiento siendo especialmente útiles para los médicos de familia. Así en la terapia inhalada plantea realizar una nueva clasificación fenotípica en pacientes con elevado riesgo (FEV1 < 50%, agudizadores y/o disnea mMRC > 2). Diferenciándose no agudizadores, agudizadores no eosinofílicos y agudizadores eosinofílicos. La eosinofilia en sangre periférica en situación de estabilidad clínica es un buen marcador para iniciar el tratamiento con corticoides inhalados si estos pacientes no se mantienen estables. No indicándose este tratamiento corticoideo si los pacientes no son agudizadores o su nivel de esoinófilos es inferior a 300 cel.

Por primera vez hablamos de control de la EPOC. Se establecen los criterios clínicos para considerar que un paciente se encuentran bien controlado y por lo tanto no necesitara que modifiquemos su tratamiento. Se nos recuerda la importancia de evaluar el tratamiento no farmacológico en cada visita de seguimiento y la adherencia del tratamiento inhalador. Todo ello implicará escalar el tratamiento, reducirlo o cambio de dispositivo.

En conclusión, debemos seguir conociendo las recientes evidencias disponibles en el tratamiento de la EPOC que marcan nuevos caminos para el uso del tratamiento inhalado que es una de las piezas claves del tratamiento.

Presentación: Plan Nacional de Tutores

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Zaira María Correcher Salvador**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuaga. Badajoz. Área de Relaciones Internacionales SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

El plan Nacional de tutores constituye uno de los ejes estratégicos de SEMERGEN para potenciar la actividad y el desarrollo de los tutores de MFyC, por ello y con la finalidad de darlo a conocer a los socios, se ha dedicado un espacio en las Jornadas Nacionales de Respiratorio.

Puesta al día: Manejo del paciente asmático en el entorno actual

Moderadora:

▶ **Dra. Dª. Margarita Pinel Monge**
Medicina Familiar y Comunitaria. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Diagnóstico del asma en tiempos de pandemia

Ponente:

▶ **Dr. D. Bartolomé Leal Correa**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Aunque el 8 de diciembre de 2019 se reconoce como neumonía de origen desconocido la sufrida por un paciente ingresado en el hospital de Wuhan (China), no es hasta el 7 de enero de 2020 cuando se identificó el Sars-Cov-2, un nuevo coronavirus, como el origen de esa neumonía, definida posteriormente como parte de la enfermedad COVID-19. Se declara como pandemia el 11 de marzo de 2020 por la OMS y pocos días después, el 14 de marzo, se declara el estado de alarma en España, cuando ya las muertes en el mundo alcanzaban la cifra de 5.392 y el número de casos 142.434 de los cuales 4.232 casos se daban en España, con 120 fallecidos.

La pandemia de la Covid-19 supuso que los laboratorios de función pulmonar (LFP) [1] quedaron parcialmente inactivos, llegando a cerrar completamente hasta el 50% de ellos y otros mantuvieron sólo parte de su actividad, por lo que el diagnóstico de asma, y otras enfermedades pulmonares, p.ej, se vieron muy afectadas, llegando a recomendarse desde distintas sociedades mundiales, entre ellas la SEPAR , que "debe suspenderse la realización rutinaria de espirometrías mientras dure la pandemia", llegándose a aconsejar el uso de otras alternativas desde algunos foros.

En ésta charla se abordan los métodos diagnósticos de asma en A.P, haciendo hincapié que el diagnóstico debe ser por espirometría [2] fundamentalmente y, cuanto antes sea posible, debe volverse a utilizar ésta así como se reflejan normas para disponer adecuadamente del lugar y forma de hacerlas, que la pandemia ha hecho reflexionar, incluyendo entornos seguros y formas de diagnóstico que incluyan las nuevas tecnologías.

Estrategia MART en el paciente asmático

Ponente:

▶ Dr. D. Antonio Hidalgo Requena

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La palabra MART (maintenance and reliever therapy) proviene del acrónimo en inglés de Tratamiento de Rescate y Mantenimiento, utilizando un solo dispositivo de inhalación, que incluye la combinación de un glucocorticoide inhalado (beclometasona o budesónida) y un agonista beta adrenérgico de acción rápida y prolongada (formoterol). Su asociación, en un único inhalador permite aprovechar la ventaja sinérgica.

La combinación CI/LABA, a poder ser en un único dispositivo, es el tratamiento recomendado, de primera elección, en el asma persistente moderada-grave.

Existe un periodo caracterizado por el empeoramiento de los síntomas, en el que el paciente podría tomar acciones para disminuir el riesgo de la exacerbación. Con la terapia SMART, el uso en caso de necesidad de la combinación GCI/formoterol durante esta ventana de oportunidad, provee tanto de alivio sintomático como de tratamiento de la inflamación subyacente. De esta manera, podría modificar el curso del evento y así prevenir la exacerbación.

La evidencia científica que justifica la indicación de terapia MART es amplia. Un reciente metaanálisis de la Cochrane Library publicado por Kew y colaboradores, recoge los resultados de los principales ensayos clínicos. El principal resultado del estudio muestra que la terapia MART comporta una reducción significativa en el número de exacerbaciones, el consumo de glucocorticoides sistémicos y la cifra de hospitalizaciones, en comparación a otras alternativas terapéuticas aprobadas para los mismos niveles de gravedad. Además, también se encontraron resultados favorables en otros parámetros relacionados al asma como son la función pulmonar, los despertares por asma o la calidad de vida. Por otra parte, este estudio encontró que el consumo total de glucocorticoides inhalados fue superior en los grupos de terapia MART con respecto a los grupos control, sin embargo la cantidad total de glucocorticoides (sistémicos + inhalados) fue menor en los grupos MART y no se encontraron diferencias en los efectos secundarios.

La posibilidad de usar la combinación de formoterol y un glucocorticoide inhalado como tratamiento de mantenimiento y alivio está incluida en las guías de práctica clínica sobre asma desde hace unos años.

Mesa de Actualidad: Consulta telemática del paciente EPOC: Recomendaciones para una nueva época

Moderador:

▶ Dr. D. Antonio Hermoso Sabio

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Zubia. Consultorio Bellavista. Cájar. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Ponentes:

▶ Dr. D. Diego Murillo García

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

▶ Dra. Dª. Milagros González Béjar

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer y de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Consulta telemática del paciente EPOC: Recomendaciones para una nueva época.

La consulta telemática nos ofrece un abanico de posibilidades beneficioso tanto para el paciente como para el médico de AP.

Debemos ser conscientes de nuestra realidad ya que cuando entramos en nuestra consulta disponemos de: ordenador, teléfono, fonendo y experiencia clínica, y carecemos de webcam y de pacientes bien instruidos en el manejo de la telemedicina.

Lo que nos debe aportar la telemedicina según la OMS es: "suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos , preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y lesiones, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de la salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en las que viven", pero hasta la pandemia covid, nuestra actividad laboral era casi al 100% presencial.

La pandemia nos ha hecho realizar una atención básicamente telefónica y en muchos casos a través de telefonía móvil con imágenes o en casos puntuales con la grabación de videos, pero no nos ha permitido otro tipo de relación con el paciente aunque sí entre los profesionales para mantenernos actualizados: Comunicación con atención especializada, formación continuada, actualización de conceptos y reuniones.

Debemos conocer las barreras de la telemedicina para el paciente y para el profesional para poder implementar las medidas oportunas y estas son:

Para el paciente:

- Edad
- Nivel socioeconómico/educativo
- Conocimiento de informática
- No internet/teléfono antiguo
- Alta expectativa
- Preferencia de visita presencial
- Percepción de atención impersonal
- Resistencia al cambio
- Acceso/equidad

Para el profesional:

- Habilidad en nuevas tecnologías
- Deficiente formación digital
- Falta de soporte informático
- Equipos antiguos
- Dudas legales LOPD
- Interoperabilidad de sistemas
- Resistencia al cambio

Una manera de saber cómo están nuestros pacientes Epoc, a pesar de no poder verlos por la pandemia, puede ser valorando a través de nuestros sistemas informáticos, que ha ocurrido con estos pacientes. Podemos conocer si han estado afectados por covid, si han retirado la medicación, si han reagudizado y poder incidir en el tratamiento y hacer educación para la salud con ellos, adherencia al tratamiento y seguimiento de su Epoc. De esta manera ninguno de nuestros pacientes Epoc queda sin seguimiento y medicación.

El hecho de no disponer de la espirometría ha permitido que podamos recurrir a otras herramientas como el CAT y la escala MRC de disnea para saber cómo estaba nuestro paciente Epoc.

La Telemedicina ya lleva unos años a nuestro alcance como lo demuestra el estudio Promete (2015), donde se realizaba tele-consulta, tele-diagnóstico, tele-monitorización y tele-asistencia, y ha venido para quedarse en nuestro paciente Epoc, permitiéndonos en un futuro muy próximo realizar: actuación precoz en agudizaciones, prevención, seguimiento del paciente Epoc, adherencia al tratamiento/manejo de inhaladores y menos visitas a urgencias y menos ingresos.

Esperemos que el infradiagnostico detectado en Episcan II nos haga poner en marcha todos nuestros recursos para que el paciente Epoc sea diagnosticado y tratado adecuadamente con todo lo que nos ofrece el avance en Telemedicina.

Tenemos que aprovechar todo lo que nos brinda la Telemedicina en cuanto al contacto con el paciente sin desplazamiento, formación del paciente en su Epoc y relación entre profesionales sanitarios.

Mesa de Actualidad: Hipoacusia y enfermedades respiratorias, ¿Cómo se relacionan? Enfoque desde Atención Primaria

Moderador:

Dr. D. Pedro Antonio Vicioso Ranz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orotava-Dehesas La Orotava. Santa Cruz de Tenerife. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. D. Francisco Jesús Morales Escobar

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arucas. Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología de SEMERGEN.

Dr. D. David Martín Enguix

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología de SEMERGEN.

Introducción

La hipoacusia es una patología muy prevalente ya afecta a 360 millones de personas en todo el mundo y determina distintos niveles de discapacidad que van desde el aspecto físico hasta lo social y psicológico. Su prevalencia es más elevada incluso que el asma.

Desarrollo del tema

El oído medio y el aparato respiratorio están íntimamente relacionados ya que procesos agudos en el aparato respiratorio influyen sobre el oído medio provocando patología tango aguda como crónica y pueden condicionar la aparición de una hipoacusia. En este taller nos hemos centrado en abordar los procesos de salud que afectan simultáneamente el oído medio y el aparato respiratorio como lo es la infección respiratoria, la alergia, los fármacos ototóxicos o los trastornos autoinmunes desde una perspectiva de la atención primaria. El diagnóstico precoz es fundamental para establecer un tratamiento temprano que nos permita reducir la incidencia de complicaciones futuras. Para ello, durante el taller se ha llevado a cabo un repaso de los aspectos clave en la anamnesis, exploración física y en la otoscopia del paciente con un proceso respiratorio agudo. Por último, se recalca la importancia de la hipoacusia en los pacientes de atención primaria haciendo especial énfasis en su prevención y la detección precoz.

Conclusiones

La patología audiológica y respiratoria son responsables de una gran morbilidad en la población. Ambas patologías en ocasiones guardan una relación muy íntima y en abordaje desde el punto de vista de la atención primaria aporta una visión de conjunto muy necesaria. Es importante dotar a la atención primaria de recursos para el diagnostico precoz de la hipoacusia. Durante la rueda de preguntas generó especial interés la otitis media serosa unilateral como signo de alarma; además, se debatió sobre las principales diferencias y modo de utilización de los diferentes corticoides nasales comercializados en España.

Presentación: Proyecto Control ASMApp. Control del asma: un reto vigente

Moderador:
▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponente:
▶ **Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción
El proyecto ControlASMApp nace del Grupo de Respiratorio de Sumergen y es una estrategia de ayuda a los médicos de familia y a todos aquellos que atienden a los pacientes asmáticos para mejorar el control de la enfermedad. Es un proyecto en que los médicos van a disponer de una herramienta, la aplicación ControlASMApp para mejorar el abordaje del asma y al final conseguir mejorar control.

Objetivos
Como objetivo principal está el mejorar el control del asma y como objetivos secundarios: Optimizar el manejo del asma por los médicos. Conocer el control de los asmáticos Formación-actualización de médicos de AP. Implementación de la herramienta *Control ASMApp.* Proyectos de investigación.

Control del asma
El objetivo del tratamiento del asma es el control, conseguirlo mejorarlo y mantenerlo es el gran reto por batir en el abordaje del asma El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas a su mínima expresión con el tratamiento y esto es un continuo en el tiempo del seguimiento del paciente asmático, hay que monitorizarlo en cada visita

El control del asma continua siendo un objetivo lejano los datos de estudios españoles en Atención Primaria (AP) y estudio europeos (Realise) indican que aproximadamente el 70% de los asmáticos tienen mal controlada la enfermedad.

Las causas del mal control además de la Insuficiente educación y adhesión al tratamiento de los pacientes está el escaso seguimiento de las guías clínicas por los profesionales sanitarios con un tratamiento insuficiente de la inflamación.

Formacion en asma
En este proyecto un objetivo secundarios es la formación en asma ayudando en la implementación de las Guías de práctica clínica (GPC) que es baja entre los profesionales sanitarioy constituye un problema común entre los médicos de atención primaria Es sabido que existe una asociación directa entre el escaso seguimiento de las GPC por parte de los profesionales y la mayor morbilidad por asma, y que un seguimiento de estas guías se asocia con un control mejor del asma. Existe la necesidad de actuaciones como la que presentamos que puedan ayudar a los médicos de AP a un mejor manejo del asma.)

Aplicación ControlASMApp
Es una herramienta que pretende ayudar a los médicos que atienden pacientes con asma a optimizar su manejo, conocer el grado de control y de otras variables útiles en el seguimiento del paciente.

Es una web-app desarrollada por Idemm-Farma S.L. para laboratorios Menarini con la autoría científica de miembros del Grupo de Respiratorio de Semergen, que cuenta con el aval de SEMERGEN y de SEPAR, y que se pone a disposición de todos los médicos interesados a través del patrocinador, Menarini. www.controlasmapp.

Es una Herramienta interactiva de fácil acceso y conectividad desde smartphone, ordenador o tableta que permite el seguimiento del paciente en tiempo real y la adopción de medidas personalizadas mediante la monitorización y seguimiento de pacientes para distintos parámetros clínicos de interés. En el apartado formativo cuenta con el apoyo en la clínica: tablas, algoritmos y herramientas de utilidad en la consulta. Permite ver en tiempo real y comparar los resultados en forma de gráficos de los Paciente de forma individual o forma global.

En el video que se expone a continuación se muestran los contenidos y el manejo de la aplicación ControlASMApp.

Investigacion
Como último objetivo del proyecto está la investigación clínica, con la ayuda de la aplicación podemos hacer estudios locales o globales sobre el asma, como la prevalencia actual y grado de control del asma , o sus factores condicionantes.

Este proyecto que en principio lo van a presentar miembros del Grupo de Respiratorio de Semergen con talleres presenciales u online en distintas provincias de todas las comunidades, se oferta también a todos los médicos interesados a involucrarse en esta iniciativa hacia una mejor sensibilización ante el control del asma en vuestras zonas de trabajo. (Grupo de Respiratorio de Semergen: ggtt.respiratorio@semergen.es).

Conclusión
El paradigma actual del asma es el control, pero está lejos de conseguirse El proyecto ControlASMApp entra dentro de las estrategias necesarias para mejorar el control del asma Se pretende llegar a los profesionales que atienden pacientes asmáticos fundamentalmente (MAP) como apoyo en el manejo del asma en la práctica clínica mostrándoles una herramienta que les ayude en el seguimiento del paciente según las recomendaciones de las GPC como fin para mejorar el control de la enfermedad.

Puesta al día: Gestión ante la inercia en EPOC

Moderador:

Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez

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

Ponentes:

Dr. D. Daniel Rey Aldana

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Respiratorio y de Urgencias de SEMERGEN. Presidente SEMERGEN Galicia.

Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.

Aprovechando la recientemente publicada "Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable" se realizó una puesta al día de los cambios más relevantes introducidos en la nueva guía centrados el manejo de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Para ello y recurriendo paralelamente a un caso clínico se ha podido revisar aquellos aspectos claves en su abordaje, desde las primeras etapas del diagnóstico hasta el periodo de seguimiento evolutivo de la enfermedad, pasando por el manejo de las exacerbaciones y el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad.

Entre las novedades que se han presentado se incluye un nuevo algoritmo de reclasificación de los pacientes EPOC y riesgo alto, fundamentado en los niveles de eosinofilia como biomarcador predictor de la respuesta al tratamiento con corticoides inhalados. En este caso, la guía ha señalado un umbral por encima de 300 células como cifra orientadora de aquellos pacientes exacerbadores que debieran ser tratados con una combinación de un corticoide inhalado con un broncodilatador beta agonista de larga acción (ICS -LABA por sus siglas en inglés). La segunda gran novedad en GesEPOC 2021 ha sido el enfoque hacia los rasgos tratables de la enfermedad, como marcadores clínicos definidos que pudieran condicionar la respuesta a tratamientos más específicos. Entre ellos cabe citar el déficit de alfa-1 antitripsina, la disnea, la infección bronquial crónica o la insuficiencia respiratoria crónica.

Además, se expuso a los asistentes un pormenorizado análisis sobre el impacto medioambiental debido al uso de los inhaladores y a la gestión de sus residuos, y cómo ello representa una amenaza creciente para el medio ambiente y su sostenibilidad. Igualmente, se recordó que los dispositivos de inhalación empleados para el tratamiento de la EPOC y otras enfermedades respiratorias contienen diversos materiales reciclables como el plástico, el aluminio, el cartón, el gas, y restos de medicamentos cuyo desecho debe gestionarse de forma adecuada para evitar su impacto medioambiental. En relación a ello, se mostró cómo los nuevos dispositivos de inhalación comercializados con presentación recargable pueden comportar una menor huella medioambiental y una mayor usabilidad.

Por último, se recalcaron aspectos relativos al abordaje del paciente con EPOC en el contexto actual de la pandemia COVID-19, como la evidencia de su elevada vulnerabilidad, la actual dificultad en la implementación de las pruebas funcionales respiratorias en el ámbito de la Atención Primaria y la necesidad de un seguimiento telemático de estos pacientes. En este sentido, sabemos que los pacientes EPOC son uno de los colectivos más afectados por el cambio de paradigma causado por la pandemia de COVID-19 precisando un seguimiento constante con su médico de forma presencial, situación que actualmente no es posible en muchos casos. En razón a esta necesidad de atención continuada en el tiempo, se presentó un novedoso protocolo de consulta telemática con el fin de proporcionar herramientas a los profesionales sanitarios para ayudarles a optimizar la teleconsulta en pacientes con EPOC.

Mesa de Actualidad: Control, adherencia y nuevas tecnologías en el asma

Sala de Conferencias 1 - Auditorio

Ponentes:

Dr. D. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

Definición y objetivos del CONTROL del ASMA

El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas al máximo por las intervenciones terapéuticas y se cumplen los objetivos del tratamiento, reflejando en buena medida la idoneidad del tratamiento del asma. Existe una relación entre la gravedad y el control en el asma.

Es necesario evaluar el control de los pacientes, el riesgo y la técnica del inhalador, y garantizar que reciban los tratamientos adecuados. En la práctica diaria, la mayoría de los pacientes continúan no controlados a pesar de la disponibilidad de ICS/ LABAs.

El grado de control, en: asma bien controlada, parcialmente y mal controlada.

El control actual de los síntomas se evaluar:

1. Por la presencia y frecuencia de los síntomas, tanto diurnos como nocturnos.
2. La necesidad de medicación de rescate.
3. La existencia de alguna limitación para la vida diaria.

Herramientas para medir el control

Para la determinación del nivel de control actual del asma, se recomienda utilizar cuestionarios validados

de síntomas (ACT en el adulto); biomarcadores inflamatorios (eosinófilos sangre o esputo y FENO).

¿A qué se debe el mal control? ¿Tratamiento insuficiente o mala adherencia?

- Sin control actual: ACT < 20 o ACQ > 1,5.
- AP de exacerbaciones: ≥ 1 exacb. grave en el último año o Hª de asma casi mortal.
- No utilización de esteroide inhalado: ausencia de prescripción, baja adhesión o errores críticos con el dispositivo.
- Uso excesivo de medicación rescate: ≥ 3 inhaladores/año (≥ 2 inhalaciones/día).
- Inflamación tipo 2: eosinófilos en sangre/esputos aumentados, FENO elevada.
- Función pulmonar: FEV1 basal bajo, reversibilidad con el broncodilatador.
- Problemas psicosociales, bajo nivel socioeconómico.
- Exposiciones: humo del tabaco, alérgenos, polución.
- Comorbilidades frecuentes: obesidad, SAHS, rinosinusitis crónica, ERGE, alergia alimentaria, embarazo.

Cómo conocer la falta de adherencia en asma. Se define como el error en la toma o la ausencia de esta, en lo acordado entre el paciente y el médico u otro agente de salud. Es un factor crítico para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. En el asma se estima que no supera el 50 %. Una baja adhesión se asocia a un aumento de la morbimortalidad, así como a un mayor uso de los servicios sanitarios. Se han descrito tres tipos de paciente con baja adhesión o cumplimiento: el errático (olvida tomar la medicación), el deliberado (no la toma porque no quiere), y el involuntario (por desconocimiento de la enfermedad o de su tratamiento). La adhesión al tratamiento se debe valorar en cada visita. El Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI), la retirada en farmacia de la medicación o la combinación de ambos. El TAI es el único cuestionario específico para medir adhesión a los inhaladores, está dirigido a pacientes con asma o EPOC >18 años: sencillo, fiable y validado, permite:

- TAI 10 ítems: El rango de puntuación de cada pregunta oscila entre 1: (peor cumpl.) y 5: (mejor cumpl.)
- La puntuación de los 10 ítems proporciona una puntuación total que oscila entre 10 (mínima) y 50 (máxima).
    * TAI 10 + 2 preguntas del profesional. Establece la intensidad de la adhesión: buena, intermedia o mala.

¿Cómo identificar al paciente no controlado por mala adherencia? – Percepción clínica

- ACT; TAI test; Peak flow ; Plan de acción escrito para control del asma que se entrega al paciente

Conclusiones

- El asma es una patología respiratoria crónica, con muy mal control en la actualidad
- Realizar una anamnesis en profundidad es fundamental para valorar el control del asma.
- Siempre que sea posible, hay que objetivar la afectación pulmonar mediante ESPIROMETRÍA FORZADA con prueba broncodilatadora.
- Los tratamientos actuales con asociación de ICS+LABA, han demostrado evidencia científica, en el control EFECTIVO DE LA ENFERMEDAD. Antes de valorar un posible cambio de tratamiento, hay que revisar la adhesión al mismo y la técnica de inhalación.
- En un enfermedad crónica y variable como el asma, resulta vital escuchar atentamente al paciente (sus dudas, miedos, objetivos, etc.).
- La longitudinalidad de la AP es el lugar ideal para SEGUIR Y CONTROLAR esta patología crónica.
- Existen APP en los teléfonos inteligentes y estrategias de gamificación para facilitar la cumplimentación y la adhesión en el paciente asmático, sobre todo en paciente jóvenes o aquellos que dominen esta tecnología.

▶ **Dr. D. Victoriano Chavero Carrasco**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdefuentes. Consultorio de Albalá. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Nutrición de SEMERGEN.

La falta de adherencia se define como el incumplimiento del tratamiento según lo acordado por el paciente y el profesional sanitario es un problema de primera magnitud en el asma ya que aproximadamente un 50% de los asmáticos no tienen una buena adherencia.

Esta falta de adherencia conlleva un incremento de exacerbaciones, un aumento del riesgo de mortalidad, un mayor consumo de SABA y un aumento innecesario del tratamiento.

Existen diversos factores que influyen en que el paciente no tenga una buena adherencia estos factores dependen del propio paciente siendo factores personales o demográficos, de la propia enfermedad, de la relación médico- paciente y del tratamiento.

Para valorar la adherencia contamos con métodos directos e indirectos. Los métodos directos son más caros, objetivos, específicos, exactos, fiables, caros, complejos y están limitados a ciertos fármacos, pueden ser: dispositivos electrónicos y niveles de fármacos. Los métodos indirectos son sencillos, baratos, pero no son objetivos, entre ellos el que está diseñado específicamente para el asma es el test de adherencia a inhaladores (TAI).

Para mejorar la adherencia de nuestros pacientes debemos dar instrucciones claras sobre el tratamiento y manejo, monitorización de la adherencia, hacer un seguimiento cercano, simplificar los regímenes de tratamiento, adaptar el tratamiento a las características del paciente, hacer una decisión compartida, realizar recordatorios y dar incentivos.

En todos los aspectos antes referidos nos ayudan las nuevas tecnologías, estas ya están siendo usadas por los

pacientes, se estima que más de la mitad de los usuarios se ha descargado una app de salud, situación que se ha incrementado duranta la pandemia por COVID-19.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que engloban desde la telemedicina hasta los wearables y la gamificación nos pueden ayudar a mejorar la adherencia de los pacientes, motivando al paciente para el automanejo del asma, aportándonos herramientas a los profesionales sanitarios para la evaluación de los pacientes y facilitando la toma de decisiones compartidas.

Las nuevas tecnologías tendrán éxito si se lleva a cabo un uso a lo largo del tiempo, si los pacientes y profesionales no lo perciben como algo intrusivo. Además, deberían realizarse más estudios clínicos que valoren la efectividad de dichas nuevas tecnologías antes de incorporarlos a los servicios sanitarios. Así mismo debemos poder manejar la gran cantidad de datos que se generan y regular esos datos de acuerdo con las medidas de protección de datos.

¡Mesa de Actualidad: Entrevista con el experto: ¿Cómo afecta la rinitis alérgica a nuestras consultas de Atención Primaria?

Moderador:

▶ **Dr. D. Arturo Alonso Lobo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Proaza. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Rosa Stolle Arranz**

Medicina Familia Familiar y Comunitaria. Alergóloga. Centro de Salud Cameros Viejos. La Rioja.

La rinitis es una patología frecuente que se encuentra entre los 10 principales motivos de consulta en Atención Primaria. De todos los tipos de rinitis, la de causa alérgica (RA) afecta hasta un 21'5% de población, siendo la más prevalente de todas las enfermedades crónicas.

Las repercusiones de la RA son importantes por el impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, alta carga económica y su asociación con el asma. La rinitis es factor de riesgo de asma independientemente de la atopia, y la RA agrava el asma afectando síntomas y control, recomendándose en todos los pacientes investigar y tratar ambos procesos.

La rinitis de clasifica según su etiología en infecciosa, alérgica y no alérgica. Desde 2001 la guía ARIA (Rinitis Alérgica y su Impacto en el Asma) clasifica la RA, en función de su gravedad y repercusión en la calidad de vida de los pacientes, en RA intermitente (aparición de síntomas durante menos 4 días/ semana o 4 semanas/ año) y persistente (síntomas durante más de 4 días/ semana y más de 4 semanas/año), y a su vez en leve y moderada-grave dependiendo de la afectación de parámetros como sueño, ocio/deporte, trabajo y síntomas molestos.

El diagnóstico de las rinitis es clínico, debiendo valorarse la posible presencia de asma en todos los pacientes. En los casos sugestivos de RA se puede solicitar un panel de neumoalérgenos cuando hay una afectación persistente o moderada-severa, se controlen mal con el tratamiento o asocien asma.

El tratamiento de la RA debe adoptar medidas farmacológicas consensuadas con el paciente para intentar mejorar la adherencia al tratamiento y con ello los resultados del mismo.

Los corticoides intranasales (CINS) son el tratamiento de 1º línea en RA intermitente/ persistente con afectación moderada/ grave. Son muy eficaces en síntomas nasales y oculares. Los nuevos CINS tienen mayor afinidad tisular con actividad farmacológica más prolongada, y baja absorción sistémica, con un buen perfil de seguridad a largo plazo y escasos efectos secundarios.

Los antihistamínicos (anti-H1) son eficaces en síntomas como rinorrea, estornudos, prurito y síntomas oculares, pero menos en la congestión. En monoterapia son menos eficaces que los CINS, pero pueden ser útiles en RA leve-moderada o pacientes que prefieren la vía oral a la tópica nasal.

Otros tratamientos disponibles son los descongestivos orales y tópicos (uso máximo 5 días por riesgo de rinitis medicamentosa), antileucotrienos (similares a anti-H1, a valorar si se asocia asma) y anticolinérgicos (si rinorrea persistente pese a tratamientos).

La inmunoterapia específica es eficaz y coste-efectiva en RA por pólenes y ácaros, estando indicada en RA persistente moderada/grave de mal control.

El algoritmo de tratamiento de las guías establece un uso escalonado de la medicación según la aparición de los síntomas y su intensidad, con revisiones cada 2-4 semanas para reajustes. La guía ARIA también establece un algoritmo de actuación según la intensidad de síntomas valorada con una escala visual analógica (EVA).

Puesta al día: Novedades en vacunas para enfermedades respiratorias

Ponentes:

▶ **Dra. Dª. Esther Redondo Margüello**

Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de División de Vacunación Internacional. Centro de Salud Internacional. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Álvaro Morán Bayón**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. Secretario del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública y Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias de SEMERGEN.

Introducción

Hay una sobreinformación sobre la vacunación frente al SARS-Cov2. No obstante la población, a la hora de vacunarse, siguen teniendo dudas y miedo por las que consultan. Se ha querido resumir las principales dudas que sobre vacunación que hay.

Desarrollo del tema: Los pacientes que padecen enfermedades crónicas no presentan contraindicación

en la administración de la vacuna. El tratamiento anticoagulante no contraindica la administración de la vacuna. Los pacientes oncológicos con tratamiento quimioterápico pueden administrarse la vacuna, si bien se recomienda antes de iniciar el tratamiento quimioterápico o en periodos entre ciclos. Las personas con antecedentes de haber padecido una trombocitopenia inducida por heparina no pueden administrase las vacunas de vectores no replicantes de adenovirus. En el embarazado y la lactancia se debe valorar riesgo beneficio de la vacunación, pero no hay contraindicación para su administración. El administrar una vacuna no interfiere en la valoración de resultados de una prueba diagnóstica de enfermedad por coronavirus.

Conclusiones

No existe una contraindicación absoluta para la vacunación frente al SARS-Cov2 salvo alergia a algún compuesto de las mismas. Ninguna enfermedad crónica contraindica la administración de estas vacunas.

▶ **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción

A excepción de la potabilización del agua, ninguna otra medida, ni siquiera los antibióticos, ha contribuido a disminuir la morbilidad y la mortalidad en la especie humana como las vacunas. Se estima que las vacunas ya han salvado más de 1500 millones de vidas humanas.

Las principales enfermedades respiratorias que pueden prevenirse mediante vacunación son neumonía neumocócica, gripe y COVID-19. Es importante también tener en cuenta la vacunación para la tosferina, especialmente en la embarazada.

Desarrollo del tema

El Streptococcus pneumoniae es un microorganismo del tracto respiratorio que puede causar enfermedad severa, principalmente en niños, ancianos y pacientes inmunocomprometidos.

En la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) solo se identifican el 50% de los gérmenes, de ellos el 33% corresponde a neumococos.

Para prevenir la NAC actualmente se comercializan en España dos vacunas. La conjugada 13 valente (VC13V) y la polisacárida 23 valente (VNP23V).

La VC13V ha demostrado una inmunidad vacunal más potente y duradera, producir memoria inmunitaria a la vez que actúa sobre colonización nasofaríngea. La financiación de ambas vacunas no es la misma en las diferentes comunidades autónomas, progresivamente se ha incorporado la VNC23V en función de determinadas condiciones de riesgo edad.

La vacuna de la tosferina se administra en adultos juntamente con la de difteria y tétanos (Tdpa). En la embarazada debe utilizarse para prevenir la tosferina en el bebé. Vacunación desde la semana 27 (mejor en 27 o 28) del embarazo, 20 semanas si existe riesgo de parto prematuro. Se puede administrar con la de la gripe.

La gripe en una infección respiratoria aguda estacional que afecta a todas las edades y capaz de producir epidemias y pandemias. Constituye una de las mayores cargas para la salud pública en términos de mortalidad, morbilidad y costes. En la temporada 2019-2020 se produjeron 619.000 casos confirmados con 27.700 hospitalizados. 1.800 ingresos en UCI y 3.900 muertes atribuidas. En la 2020-2021 se han reportado muy pocos casos. Lo que pase en la próxima temporada es una incertidumbre.

La falta de recomendación por los profesionales sanitarios es el principal motivo para que el paciente de riesgo no esté vacunado.

Las condiciones de vacunación y la elección de vacuna para la COVID-19 ha ido cambiando en los últimos meses, especialmente en lo que se refiere a las indicaciones por grupos de edad. La única contraindicación absoluta para su indicación es la de haber tenido anafilaxia grave a algún componente de la vacuna. Vaxzevira (vacuna COVID-19 de AstraZeneca) esta contraindicada en personas que hayan presentado trombocitopenia inducida por heparina.

Conclusiones.

- Gripe, neumonía neumocócica, tos ferina y COVID-19 son las enfermedades respiratorias prevenibles mediante vacunación en el adulto.
- La edad y determinadas patologías crónicas aumentan su incidencia y morbimortalidad.
- Se produce una peor evolución y mayor gravedad en los pacientes con enfermedades crónicas que se infectan de gripe, neumonía o COVID-19.
- Para COVID-19 se dispone de vacunas muy eficaces, imprescindibles para frenar la pandemia.
- En las embarazadas está indicada la vacunación de gripe y tosferina.

Mesa de Actualidad: Asma y vida real

Moderador:

▶ **Dr. D. José María Ibancos Arnaldos**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Ponentes:

▶ **Dr. D. Iván Valero López**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valleaguado. Hospital del Henares de Coslada-Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Julio Delgado Romero**
Especialista en Alergología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Una de las características fisiopatológicas del asma la presencia de obstrucción reversible, mientras que anatomopatologicamente, la característica dominante es la inflamación. El tratamiento del paciente asmático se basa en la combinación de fármacos broncodilatadores

y fármacos antinflamatorios (fundamentalmente glucocorticoides inhalados (GCI)), ya que estos dos grupos terapéuticos abordan aspectos complementarios de la fisiopatología del asma que ninguno de los dos puede lograr por sí solo: los GCI aumentan la expresión de los receptores β2 y los protegen contra la regulación a la baja en respuesta a la exposición a los agonistas β2 a largo plazo, mientras que los broncodilatadores de acción prolongada (LABA) mejora la acción anti-inflamatorias de los corticosteroides, por lo que cada clase de fármaco potencia las acciones beneficiosas del otro.

Sin embargo, distintas propiedades farmacológicas, como la afinidad por el receptor de glucocorticoide, lipofilia, solubilidad o unión a proteínas, condicionan la eficacia de los distintos GCI utilizados en el tratamiento del paciente asmático. Una medida practica para el clínico es el índice terapéutico, que compara la concentración sanguínea en la que un medicamento es tóxico con la concentración en la que es eficaz. Se trata de una medida del margen de seguridad, ya que cuanto mayor sea el índice terapéutico, más inocuo será el medicamento.

Furoato de fluticasona (FF) ha demostrado presentar un índice terapéutico superior a propionato de fluticasona y budesonida, así como mayor eficacia en la reducción de la hiperrespuesta bronquial y menor actividad sistémica. Además, la combinación FF y vilanterol (VI) han demostrado acción prolongada antiinflamatoria y broncodilatadora, respectivamente. Además, VI ha demostrado una alta afinidad de unión y una elevada selectividad por el receptor β2, superior a olodaterol, formoterol e indacaterol, y comparable a salmeterol.

Estudios en vida real que han comparado la eficacia y seguridad FF/VI vs continuar con el tratamiento de mantenimiento habitual han confirmado que la probabilidad de ser un paciente respondedor (en base a los resultados del Asthma Control Test, ACT) en aquellos que iniciaron el tratamiento con FF/VI fue significativamente superior a la probabilidad de los que continuaron con su tratamiento habitual (71% respondedores con FF/VI vs 56% respondedores con tratamiento habitual (OR 2.00 [95% CI 1.70–2.34], p<0.0001). El número de inhaladores de salbutamol prescritos fue menor en el grupo que inició la terapia de mantenimiento con FF/VI en comparación con aquellos que continuaron con su tratamiento habitual (7.2 vs 8.0; diferencia –0·8 [95% –1.1 to –0.5], p<0.0001).

Además de los datos clínicos, es conocido que el dispositivo utilizado en la terapia inhalada es de gran importancia para su eficacia. Trabajos que comparan el dispositivo Elipta ® con otros dispositivos de uso habitual, como Acuhaler, Turbuhaler o pMDI han demostrado que el dispositivo Ellipta demostró de manera significativa menores errores críticos en comparación con Turbuhaler, destacando características como su capacidad de activación en un solo paso y claro contador de dosis, así como la clara indicación de las dosis restantes.

Posiblemente la eficacia de sus componentes y las características únicas del dispositivo Elipta ® sean los factores más importantes que condicionen que los pacientes en tratamiento con la combinación FF/VI tengan una adhesión terapéutica mayor que con combinaciones budesonida/formoterol.

Taller: Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia

Ponentes:

▶ **Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Tanto el asma como la EPOC son dos enfermedades crónicas de gran prevalencia en nuestro país. Varios son los tratamientos que se usan para su control, pero sin lugar a dudas los fármacos inhalados son la base de las mismas.

En la actualidad existe una gran cantidad de medicamentos y dispositivos por vía inhalatoria para tratar ambas enfermedades, comprenden principalmente los broncodilatadores y los corticoides.

Varios son los mecanismos que hacen que le fármacos llegue de forma eficaz a la vía aérea, entre ellos la adecuada técnica de inhalación. Por ello, es de vital importancia que los sanitarios conozcan correctamente todos los dispositivos, tanto las indicaciones cómo su forma de usarlos, porque de ello depende que lo puedan transmitir correctamente a sus pacientes.

Una técnica adecuada significa una mayor proporción de fármaco en le lugar de su acción, en el interior de la vía aérea. Varios son los pasos para realizar esta técnica correcta, y aunque son similares en todos los dispositivos algunos pasos son algo diferentes y esto es fundamental para poderlo enseñar a nuestros afectados.

Estos pasos son: preparación del dispositivo (cada uno es diferente aunque hayan similitudes), posteriormente se realiza una espiración inicial que nos permitirá seguidamente realizar una inspiración adecuada (más enérgica en el caso de los inhaladores de polvo seco o IPS y más suave en el caso de los inhaladores presurizados o pMDI y los de nube de vapor o SMI), el siguiente paso sería realizar una apnea (preferiblemente de 10 segundos) y, por último, una exhalación suave (preferiblemente por la nariz).

También es importante conocer el uso de las diferentes cámaras de inhalación y alternativas a las mismas. Lo importante es adecuarnos a las características del paciente para conseguir una mayor adherencia y, por ende, mejor resultado clínico.

En el uso de inhaladores también es conveniente fijarnos en más aspectos (contadores de dosis, limpieza de los mismos, etc.).

Por último, destacar la importancia del seguimiento y control del uso de los mismos y métodos para poder comprobarlo en tiempos de pandemia como la del covid-19 para evitar formación de aerosoles en consulta, para ello el uso de las nuevas tecnologías se tornan un aspecto de vital importancia.

Taller: Un fumador llama a tu teléfono ¿y ahora qué?

Ponentes:

▶ **Dr. D. Delio Vázquez Mallada**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. Área Bierzo. León. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Periférico. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.

Se compara en primer lugar la pandemia del coronavirus con la pandemia del tabaquismo, la primera con cumplida información, la segunda la del tabaquismo, una pandemia silente, poco conocida con un balance trágico de más de 7 millones de fallecidos, cada año.

Se explica a continuación el diagnóstico del Tabaquismo, mediante el conjunto mínimo de datos diagnósticos. Se tienen en cuenta los siguientes datos del paciente fumador: Número de cigarrillos diarios y tiempo de consumo, intentos previos y posibles recaídas, grado de motivación, dependencia física mediante el test de Fagerström, en que fase de abandono se encuentra el fumador. Dentro de las fases se explica la fase de precontemplación con su consejo sanitario, la fase de contemplación, la fase de preparación, la fase de acción y la fase de mantenimiento.

Una vez contemplado el conjunto mínimo de datos diagnósticos, ya se puede ver el grado de Tabaquismo y la clasificación del fumador, para entrar en el tratamiento adecuado.

El tratamiento del Tabaquismo se fundamenta en dos pilares básicos, que podemos realizar mediante la consulta telefónica: Asesoramiento psicológico y Tratamiento farmacológico.

Respecto al asesoramiento psicológico que podemos realizar telefónicamente cabe destacar: a) No No culpabilizar al paciente, utilizando una entrevista empática y motivacional; b) Fijar el día "D"; c) Elaborar un listado con los motivos para el abandono tabáquico:-salud, ejemplo para los hijos, económicos..; d) Identificar situaciones de riesgo; e)Explicar el Síndrome de Abstinencia a la Nicotina (S.A.N.) y ofrecer conductas alternativas, haciendo hincapié en los beneficios de la cesación tabáquica; f) Seguimiento del paciente.

Respecto al tratamiento farmacológico se destaca la utilización de los fármacos de primera línea: Vareniclina, Bupropion y Terapia Sustitutiva con Nicotina (T.S.N.) en sus distintas formas: parches, chicles, comprimidos de chupar, inhalador bucal. Se incide en las pautas de tratamiento con los tres fármacos y se exponen los criterios de financiación de Vareniclina y Bupropion según la resolución del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social vigente a partir del 1 de Enero de 2020.

Se hace la última fase del taller, mediante un simulacro de consulta de Atención Primaria, entre el médico y el paciente que quiere dejar de fumar. Insistiendo en que con 10 minutos de consulta es suficiente para llegar a un diagnóstico correcto e implantar un tratamiento adecuado. La consulta se realiza mediante llamada telefónica, y se insiste en que este tipo de consulta tiene ahora mucho más sentido en tiempo del COVID.

Mesa de Actualidad: Todo lo que debe saber sobre

Moderador:

▶ **Dr. D. Juan Carlos López Caro**
Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de docencia. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Semiología respiratoria

Ponente:

▶ **Dr. D. Luis Contreras Briones**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

¿Qué es la semiología de una enfermedad?

Es la rama de la medicina que se encarga del estudio de los signos y síntomas que presenta un paciente con una determinada enfermedad. Se entiende por síntomas aquellas percepciones subjetivas del paciente (prurito, disnea, dolor) mientras que entendemos por signos aquellos datos clínicos objetivables (ictericia, crepitantes, edemas).

Síntomas y signos

En cuanto a los diferentes síntomas y signos en patología respiratoria vamos a centrarnos en aquellas más frecuentes como motivo de consulta en atención primaria.

- Tos
- Disnea
- Expectoración
- Infecciones respiratorias
- Hemoptisis

Tos

Cuando nos llega un paciente cuyo motivo de consulta principal es la tos debemos realizar una serie de preguntas:

- ¿Desde cuándo presenta tos?: Aguda o crónica (>8 semanas)
- ¿Cómo es? ¿Seca o húmeda? Si es productiva, características.

- ¿Cuándo aparece? La tos que aparece durante el reposo nocturno con frecuencia se debe a ERGE, o broncoespasmo y en pacientes cardíacos se relaciona con la congestión pulmonar o infecciones sobreañadidas.
- ¿Cuánto duran los episodios y cómo es el tono?
- ¿Qué factores lo agravan y cuales la atenúan?
- Indagar sobre factores ambientales:
  * Tabaquismo (EPOC, Cáncer y Fibrosis Pulmonar).
  * Ambiente laboral con exposición a sustancias tóxicas (Bronquitis crónica y Neumoconiosis).
  * Contacto con otros tosedores (TBC).
- Indagar sobre antecedentes propios y familiares sobre la existencia de enfermedades del aparato respiratorio como asma o alergia o de otros aparatos que puedan estar relacionados (ERGE).

Disnea

Cuando el motivo principal es la disnea, debemos tener en cuenta el diagnostico diferencial de la misma como pueden ser:

- Cardiopatías (ICC, valvulopatías, derrame pericárdico).
- Afecciones respiratorias (Asma, EPOC, fibrosis pulmonar, neumonía, atelectasia, derrame pleural, TEPA, cifoescoliosis).
- Anemia
- Alteraciones metabólicas (acidosis, fiebre).
- Psicogénica (ansiedad, angustia).
- Otras causas: obesidad, ascitis, meteorismo, etc.

Siempre debemos preguntar acerca de las características de la disnea y clasificarla según la escala de la mMRC.

Exploración física:

Es muy importante además de una buena anamnesis realizar una correcta exploración física y saber interpretar los hallazgos para así poder llegar a un correcto diagnóstico.

Las partes más importantes de la exploración son:

- Inspección (alteraciones de la piel, forma del tórax, patrones respiratorios, frecuencia respiratoria, etc).
- Palpación del tórax (crepitación, dolor mecánico, adenopatías, etc).
- Percusión del tórax (matidez, timpanismo, sonido normal)
- Auscultación cardiopulmonar (murmullo vesicular normal, crepitantes, sibilancias, roncus, roce pleural, etc).
- Exploración extratorácica.
  * Estado de conciencia.
  * Cara: ¿hay cianosis? ¿aleteo nasal? ¿conjuntivas pálidas? (anemia).
  * Cuello: ¿presenta tiraje supraclavicular?
  * ¿Cómo es el decúbito del paciente? ¿indiferente? ¿ortopneico? ¿decúbito preferencial lateral? (grandes derrames).
  * ¿Cómo es el estado de nutrición? la caquexia puede obedecer a cuadros respiratorios avanzados como la TBC o cáncer de pulmón.
  * Otros: dedos en palillo de tambor (acropaquias).

Conclusiones

Conocer la semiología respiratoria es fundamental para el médico de familia así como hacer una correcta y minuciosa anamnesis y exploración física ya que con ello podemos llegar a hacer un diagnóstico precoz de diferentes patologías respiratorias.

Gracias a ello, podemos instaurar medidas que retrasen la aparición de la morbilidad y mortalidad que acarrean las diferentes enfermedades.

Disnea aguda origen respiratorio

Ponentes:

▶ Dra. Dª. Clara Gran Tijada

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

▶ Dra. Dª. Pilar Sáez Marco

Residente de 2° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Hemoptisis

se define como la emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio a nivel subglótico (del árbol traqueobronquial o del parénquima pulmonar). Es esencial descartar el origen del sangrado de la boca, nasofaringe o aparato digestivo (hematemesis).

Su intensidad es muy variable, oscilando entre el esputo hemoptoico a la hemoptisis franca. El sangrado suele originarse en vasos bronquiales en el 90% de los casos.

Clasificación:

- Masiva: signos o síntomas de hipovolemia o signos de compromiso respiratorio grave o cuando el volumen de la hemorragia es superior a 600 ml en 24-48 horas o cuando la cuantía del sangrado supera los 150 ml/hora.
- No masiva: cuando no se cumplen estas condiciones.

Etiología:

- Enfermedades pulmonares no infecciosas (bronquitis crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, cuerpo extraño, neumoconiosis
- Neoplasias: Primario pulmonar o tumor metastásico.
- Enfermedades infecciosas: TBC, neumonías, infecciones fúngicas, absceso pulmonar…
- Enfermedades cardiovasculares: TEP, edema agudo de pulmón…

- Enfermedades sistémicas: sarcoidosis, vasculitis..
- Yatrogénicas: post-broncoscopia, consumo de cocaína inhalatoria, intubación orotraqueal…
- Enfermedades hematológicas
- Traumatismos: Herida penetrante, contusión cerrada…
- En niños: aspiración de cuerpo extraño, anomalías vasculares…

Diagnóstico:
De gran importancia la *anamnesis clínica*: conocer la edad del paciente, hábito tabáquico, duración y cantidad del sangrado, tratamiento farmacológico activo, antecedentes de otras enfermedades que puedan tener relación.

El *examen físico* con una correcta inspección del estado general del paciente, presencia de acropaquias, cianosis, signos de tromboflebitis, hematomas, telengiectasias.

- Toma de constantes vitales (TA, Saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca)
- Exploración ORL para descartar sangrado supraglótico.
- Palpación de posibles adenopatías que nos hagan pensar en infecciones o neoplasias.
- Auscultación pulmonar: la existencia de estertores unilaterales nos puede ayudar a localizar el lado del sangrado.
- Auscultación cardiaca: soplos como signos de patología.

Pruebas complementarias:
- Analítica sanguínea completa
- Análisis de orina
- Pruebas cruzadas en caso de hemoptisis amenazante.
- Electrocardiograma
- RX tórax (PA y lateral)
- Examen de esputo: tinciones de Gram y de Ziehl-Nielsen.
- Otros: TC torácico, fibrobroncoscopia y angiografía.

Tratamiento

Hemoptisis leve:
- Si el sangrado es menor de 20 ml/24h y el paciente tiene buen estado general, pueden ser enviados a domicilio con tratamiento sintomático (reposo relativo, abstención tabáquica, codeína 30 mg 1 cp cada 6/8 horas) y antibiótico si hay sospecha de infección respiratoria (amoxicilina/clavulánico 875/125 mg 1 cp cada 8 horas durante 7-10 días), si se sospecha bronquiectasias (levofloxacino 500 mg/24h o ciprofloxacino 500 mg/12h durante 14 días).
- Enviar a neumología para completar estudio.

Hemoptisis moderada:
- Ingreso hospitalario.
- Reposo absoluto en decúbito lateral (sobre el lado del sangrado si se sabe).
- Dieta absoluta salvo medicación oral y sueroterapia.
- Monitorización de constantes, cuantificar el sangrado, valorar trasfusión sanguínea si inestabilidad hemodinámica. Medición de diuresis.
- Antitusígenos: Codeína 30 mg 1 cp cada 6-8 horas.
- Antibiótico si sospecha de infección
- Oxigenoterapia si insuficiencia respiratoria.
- Si se asocia broncoespasmo, utilizar corticoides por vía parenteral como metilprednisolona horas asociando protección gástrica.

Hemoptisis masiva o amenzante:
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la oxigenación, estabilización hemodinámica, identificar y tratar la causa de la hemoptisis, localizar y detener el sangrado.
- Intubación endotraqueal si hay signos de insuficiencia respiratoria y/o hipercapnia y acidosis respiratoria.
- Fibrobroncoscopia urgente, con valor diagnóstico y terapéutico.

Tromboembolismo pulmonar

Definición
El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una obstrucción de la circulación del sistema arterial pulmonar como consecuencia de la fragmentación y migración de un trombo procedente mayoritariamente del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores y con menor frecuencia de las pélvicas.

Diagnóstico
El inicio diagnóstico consiste en identificar los factores de riesgo, tener alta sospecha clínica y aplicar protocolos de probabilidad clínica.

El cálculo de la probabilidad clínica se hace a través de escalas validadas, siendo la más utilizada la Escala de Wells. Esta escala aplica una puntuación a diferentes signos, síntomas y factores de riesgo. En función de la puntuación total se determina cuál es la probabilidad de TEP.

Ante una probabilidad media/baja solicitaríamos en la analítica el Dímero D: si es negativo nos permite descartar TEP. Mientras que, si desde el inicio hay una probabilidad clínica alta o un Dímero D positivo, solicitaríamos la prueba de elección que es el AngioTAC; en caso de que sea positiva la prueba se confirma el diagnostico de TEP, mientras que si resulta negativo solicitaríamos una Eco-doppler de extremidades inferiores. Si en esta última prueba el resultado es negativo tendríamos dos pruebas de imagen negativas y podríamos descartar TEP. En cambio, si sale positivo tendríamos un diagnostico de TVP y probable TEP.

Tratamiento
La primera aproximación para el tratamiento es estratificar el riesgo y en función del mismo aplicar un tratamiento u otro. Para ello nos basamos en escalas pronosticas, la más utilizada es la escala PESI.

Según la última guía práctica de la sociedad española de cardiología, se definen tres grupos de riesgo:

- Riesgo bajo con mortalidad baja: el principal determinante seria la clase PESI I-II o clase PESI 0 en la simplificada. En estos pacientes el hacer alguna prueba complementaria es opcional.
- Riesgo intermedio: PESI igual o mayor de 3 o PESI simplificada 1 o superior. A estos pacientes sí que sería obligatorio realizar pruebas complementarias, como un Ecocardiograma y la detección de troponina T ultrasensible.
  - * Riesgo intermedio bajo: solamente afectación de ventrículo derecho o elevación de troponinas.
  - * Riesgo intermedio alto: afectación tanto de ventrículo derecho como elevación de troponinas.
- Riesgo alto: inestabilidad hemodinámica y mayor riesgo de mortalidad en la fase aguda.

En pacientes de *riesgo bajo* el tratamiento de elección es la anticoagulación con dos alternativas:

- Administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) o fondaparinux, por vía subcutánea, durante 5-7 días.
- Nuevos anticoagulantes orales (no financiados)

Con respecto al grupo de *riesgo intermedio/bajo* el tratamiento de elección es la anticoagulación.

En el riesgo intermedio /alto hay dos opciones: Heparina no fraccionada y vigilancia en UCI por si precisase fibrinolisis en caso de inestabilidad hemodinámica o terapia de recanalización.

En el caso de riesgo alto se optaría por la fibrinolisis sistémica.

Otras situaciones que nos podemos encontrar:

- Pacientes hemodinámicamente estables con contraindicación de anticoagulación, en los que se realizaría filtro de vena cava.
- Pacientes hemodinámicamente inestables con contraindicación para fibrinólisis, fracaso de fibrinólisis o alto riesgo de muerte antes de que la fibrinólisis sea efectiva, en los que se opta por técnicas de cateterismo intervencionista.

¿Cómo vivir sin espirometría?

Ponente:

▶ **Dr. D. Mariano Rodríguez Porres**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Ason. Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. GRAP Y ACINARAS.

Cáncer de Pulmón

Ponentes:

▶ **Dra. Dª. Carmen Riaza Ocio**
Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Carmen Ágreda Liroz**
Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Leyre Sáenz de Pipaón Ayala**
Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Pedro. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción

El cáncer se sitúa como la segunda causa de mortalidad en nuestro país tras las enfermedades cardiovasculares; según los datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) cuando comparamos las tasas de incidencia ajustadas por edad en función del sexo, se estima que el cáncer de pulmón en hombres es el segundo con mayor incidencia mientras que en mujeres se coloca en tercera posición. Es importante destacar que el cáncer de pulmón pasó de ser el cuarto tumor más diagnosticado en mujeres al tercero más incidente ya en el 2019, hecho que pudiera relacionarse con la incorporación de la mujer al hábito tabáquico a partir de los años 70-80. Respecto a la mortalidad por cáncer en España, el de pulmón se sitúa en primera posición (22.930; 20,3%), siendo responsable de una cuarta parte de las muertes por cáncer en varones. Conocer la situación actual nos permitirá mejorar la efectividad en las políticas de prevención tanto primaria como secundaria.

Desarrollo del tema

El tabaco es el principal *causante del cáncer de pulmón*, no obstante existen otros factores como la contaminación ambiental o la predisposición genética que también debieran ser tenidos en cuenta.

Con el abandono del hábito tabáquico el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón disminuye de forma brusca en los primeros 5 años hasta estabilizarse a partir de los 10 años; no obstante el riesgo de un paciente exfumador nunca se iguala al de una persona que nunca haya fumado.

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre estrategias de cribado de cáncer de pulmón; el National Lung Screening Trial (NLST)1 llevado a cabo en EEUU, incluyó más de 50.000 pacientes entre 55 y 74 años, fumadores o exfumadores de menos de 15 años, con un índice de más de 30 paquetes/años, en 2 grupos aleatorizados sometidos a screening con Radiografía de tórax o bien con Tomografía computerizada de baja dosis (LDCT), estableciendo una reducción de mortalidad por cáncer de pulmón del 20% en el grupo de screening con LDCT; además el 50% de los cánceres diagnosticados con esta técnica se encontraban en estadios precoces, mientras que la radiografía lo hacía en estadios más avanzados. Una de las principales críticas ha sido el elevado número de falsos positivos si bien en la gran mayoría de los casos no fue necesario el uso de métodos invasivos para su confirmación. Posteriormente el estudio europeo NELSON mejoró los resultados del NLST obteniendo una reducción de mortalidad por cáncer de pulmón de hasta un 26% con el LDCT.

Conclusiones:

Las recomendaciones actuales del PAPPS priorizan un consejo personalizado para abandonar el hábito tabá-

quico; mientras que por el momento no recomiendan el uso del LDCT para el cribado del cáncer de pulmón.

No obstante dichos estudios abren un nuevo debate sobre la implantación de programas de screening, cuyo desafío se debe centrar en mejorar los criterios de inclusión, minimizar el número de falsos positivos así como evaluar la rentabilidad costo-efectiva de dichos programas.

Herramientas de control en EPOC

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Raquel Baños Morras**

Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN.

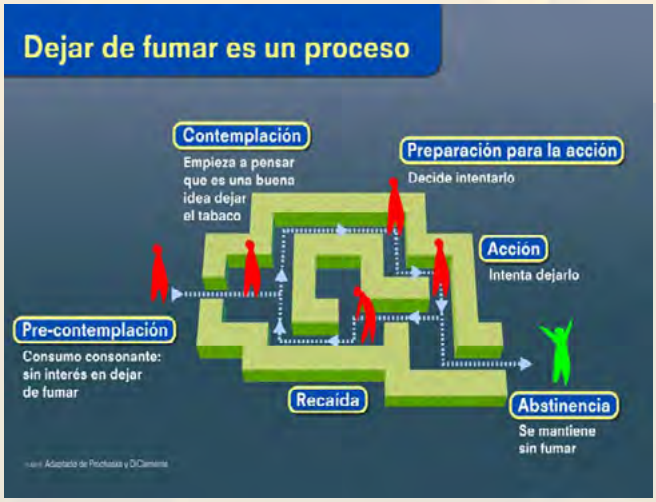
Introducción

En atención primaria llevamos muchos años hablando del control del asma, pero no así del control del EPOC. Para lograr un buen control del EPOC, es muy importante realizar una buena historia clínica, una espirometría, una radiografía y un análisis con déficit de Alfa-1 antitripsina.

Una buena historia clínica

Donde consten los antecedentes, comorbilidades, etc. Debe registrarse el hábito tabáquico, motivación, dependencia, fase para la deshabituación y/o fecha de abandono del hábito. Grado de disnea según mMRC, ejercicio que realiza y horas frente al televisor prueba de la marcha de los 6 minutos, ergometría. Número de exacerbaciones al año. Técnica de inhalación. Modificación de los Estilos de vida (MEV): abstinencia de tabaco, dieta equilibrada, pérdida de peso, ejercicio físico regular, ejercicios de fisioterapia.

Pondremos todo nuestro empeño en estimular, apoyar y animar a nuestros pacientes al abandono tabáquico, para ello pasaremos los siguientes tests que exploran la motivación para el abandono tabáquico con el Test de Richmond y el grado de dependencia con el Test de Fageström, y también determinar la fase para la deshabituación.



Grado de disnea según la MMRC

Escala mMRC	
Grado 0	Ausencia de disnea excepto al ejercicio intenso
Grado 1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
Grado 2	Incapacidad para seguir el paso de otras personas de la misma edad o tener que pararse descansar en llano al propio paso
Grado 3	Pararse a los 100 m o pocos minutos de andar en llano por disnea
Grado 4	La disnea impide al paciente salir de casa o dificulta actividades como vestirse o desvestirse

En la historia clínica debe constar el grado de disnea según la mMRC, lo necesitaremos para determinar el grado de severidad leve o grave y para realizar los cuestionarios de control del EPOC.

Actividad física y ejercicio

debemos estimular, apoyar y animar a nuestros pacientes a la realización de ejercicio físico aeróbico, si es posible, mejor en compañía, para evitar el abandono de la actividad. Pueden realizar ejercicios de resistencia o de fuerza. Hay que proponerles que paseen 30 minutos 5 veces en semana a un paso animado.

Número de exacerbaciones al año

es importante el número de exacerbaciones al año para calcular el índice de BODEx, el cuestionario de control clínico de la EPOC de GesEPOC y la estratificación de la EPOC de GesEPOC.

Técnica adecuada de la inhalación

el tratamiento de la EPOC es fundamentalmente inhalado, por lo que es imprescindible, una buena técnica inhalatoria con el dispositivo que utiliza el paciente para lograr la administración correcta de la medicación, Hay que emplear todo el tiempo y el esfuerzo necesario para conseguirlo.

Medidas higiénico sanitarias

estimular al control del peso y alimentación saludable, la abstinencia de tabaco, la realización de una dieta equilibrada, de pérdida de peso Paso de obesidad y la realización de ejercicios físico regular, ejercicios de fisioterapia respiratoria, etc.

Espirometría con prueba broncodilatadora (pbd)

Es la prueba princeps tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y la determinación de la clasificación de la gravedad del EPOC. Esta debe tener unos criterios de calidad, aceptabilidad y reproducibilidad, además requiere de preparación previa por parte del enfermero y del paciente.

Micro espirometría de bolsillo: Copd6 o el Piko-6

Se utiliza como método de cribado en AP, tras una espiración forzada mide el FEV1 y el FEV6 y su cociente FEV1/FEV6.

Pulsioximetría nos permite determinar el nivel de oxígeno en sangre, debemos detectar un signo de alarma cuando ésta baja por debajo del >92%.

Pruebas de imagen

La Radiografía No es necesaria para establecer el diagnóstico de EPOC, es útil en el diagnóstico diferencial de las comorbilidades respiratorias (fibrosis pulmonar, bronquiectasias, enfermedades pleurales), cardíacas (cardiomegalia) y en las exacerbaciones. En un 50% de los casos : suele ser normal o presentar anomalías mínimas.

Tomografía axial computarizada nos permite evaluar los cambios patológicos pulmonares asociados a la EPOC, facilita la clasificación fenotípica y es necesaria previamente a la cirugía de reducción pulmonar en el enfisema y trasplante de pulmón.

Pruebas de laboratorio

No son necesarias, nos ayudan al diagnostico diferencial con las comorbilidades de la epoc.

Hemograma: Anemia (15% de casos), Poliglobulia, Eosinofilia. El recuento de eosinófilos en sangre periférica (EOS) es un marcador que nos puede indicar que pacientes se pueden beneficiar de un tratamiento con corticoides. Bioquímica: Alfa-1-antitripsina.

Electrocardiograma

Para detectar trastornos del ritmo, Cardiopatía isquémica, Signos de sobrecarga, Patron S1Q3T3 del Tromboembolismo pulmonar agudo.

Estratificación de la epoc

Leve o Severo.

Cuestionarios

Cuestionario de control Clínico en la EPOC.
CAT (COPD Assesment Test).
ÍNDICE DE BODEx.

Herramientas de control en ASMA

Ponente:

▶ **Dra. Dª. Araceli Rodríguez Onieva**

Residente de 2° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sur Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que cursa con hiperrespuesta bronquial y con una obstrucción variable al flujo aéreo total o parcialmente reversible.

El objetivo de AP, en el manejo de esta enfermedad crónica, debe ser alcanzar y mantener el control de la patología, además de prevenir el riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga sociosanitaria.

Esta labor debe realizarse de forma conjunta, médico-paciente. Se ha demostrado en diversos estudios la importancia de la educación sanitaria, es tan importante un tratamiento adecuado como una correcta adhesión con el fin de reducir la gravedad de la enfermedad y llevar un buen control.

Desarrollo del tema

El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o reducidas al máximo por las intervenciones terapéuticas y, se cumplen los objetivos del tratamiento.

Para el abordaje, la herramienta fundamental es la visita de seguimiento, donde debemos definir el grado de control a través de la anamnesis, la exploración y basándonos en la clasificación que nos ofrece GEMA5.1: bien controlada, asma parcialmente controlada y asma mal controlada.

Es fundamental trasmitir a los pacientes la importancia tanto del control actual como de reducir el riesgo futuro. Es decir, alcanzar un estado asintomático, sin limitación de actividad, sin precisar medicación de alivio y con una función pulmonar correcta así como, bajo riesgo de exacerbaciones, prevención del deterioro de la función pulmonar y de los efectos secundarios del uso de fármacos.

En la visita médica, debemos comprobar la adhesión al tratamiento y la técnica, así como, reforzar el cese tabáquico y establecer un plan de acción que implique al paciente. Además registrar las exacerbaciones previas, su gravedad y la medicación precisada.

Como herramienta complementaria, disponemos de cuestionarios validados, como el Cuestionario de Control del Asma (ACQ) o el Test de Control del Asma (ACT), más utilizado.

Otra herramienta es la espirometría, útil como prueba diagnóstica y de seguimiento. Con la medición del FEV1, podemos valorar de forma precisa la gravedad y el riesgo de exacerbaciones. Si bien, su técnica que genera aerosoles ha condicionado su uso en la situación de pandemia. Como alternativa, podemos utilizar los medidores de pico-flujo. Se trata de un dispositivo que mide el flujo espiratorio máximo (PEF) del paciente y lo compara con el teórico o bien, con el propio del paciente en otros registros, con el objetivo de mejorar el control, reducir las crisis y ajustar el tratamiento en función de la situación del paciente.

Otras herramientas complementarias, fracción exhalada de óxido nítrico, eosinofilia en sangre o esputo, principalmente de uso hospitalario, excepto la eosinofilia en sangre, también pueden utilizarse de forma complementaria para el grado de control del paciente.

Conclusiones

La herramienta principal para el control del paciente con asma es la valoración clínica. El resto, tanto la valoración funcional como el uso de cuestionarios, son herramientas complementarias que nunca deben utilizarse de forma individual para clasificar el grado de control.

Mesa de Actualidad: Manejo del paciente COVID en Atención Primaria

Moderador:

▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

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

Ponentes:

▶ **Dr. D. Alexandre Bassa Massanas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. PAMEM. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dr. D. Luis Richard Rodríguez**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerto Santa María Sur. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.

Introducción

Esta pandemia está siendo dramática para nuestra sanidad pública que se ha visto colapsada ante la dificultad para ofrecer un soporte y tratamientos adecuados. Atención primaria (AP) ha tenido un papel fundamental enfocado en la supervisión de la evolución y en el tratamiento sintomático.

Se ha realizado una revisión de la evidencia científica para determinar si el médico de AP podría utilizar medicación más haya de los analgesicos y derivación hospitalaría. Nos centramos en el efecto de la vitamina D y los trastornos de la coagulación.

Desarrollo del tema

Se sugiere que en gran parte, la virulencia asociada a la infección por SARS-CoV-2 es debida a su poderosa capacidad de activar una respuesta inmune, con una cascada de citoquinas inflamatorias para el daño a nivel de órganos y coagulación.

La aparición del Distrés Respiratorio Agudo (ARDS) en pacientes Covid 19 pone en peligro la vida y es factor determinante de su pronóstico (>50% mortalidad). En él aparecen inflamación pulmonar, niveles elevados de citoquinas, daño endotelial y trombosis.

El SARS-Cov 2 se une a la proteína ACE2, de esta forma la Angiotensina II aumenta provocando daño tisular, edema pulmonar y Distress Respiratorio Agudo.

La dirección general de asistencia sanitaria de la junta de Andalucía con fecha 14/04/2021 pública para todos sus profesionales que el empleo del Calcifediol es un tratamiento fácil de administrar, seguro y eficiente basado en las últimas publicaciones científicas de estudios realizados en Hospitales de la comunidad.

En nuestra exposición se realiza un repaso de los artículos publicados hasta la fecha en relación a los posibles efectos beneficiosos de la vitamina D y de los resultados de los estudios observacionales y experimentales.

La vitamina D ha demostrado aumentar la actividad antimicrobiana de los macrófagos y monocitos a través de la señalización VDR, produce péptidos antimicrobianos, tiene actividad antiviral directa, inhibe la producción de citoquinas inflamatorias, inhibe las células presentadoras de antígenos y ejerce efectos pleiotrópicos en el endotelio vascular.

Nos centramos en los resultados del estudio Entrenas Castillo M. et al. Este estudio refleja que de 50 pacientes tratados con dosis altas de calcifediol, solo el 2% requirió ingreso en UCI, mientras que 50% de los no tratados si requirieron ingreso (p= 0.00000077).

Además, esta enfermedad suele provocar un estado de hipercoagulabilidad que está fuertemente asociada a la mortalidad. Repasamos los mecanismos relacionados con estos efectos provocados por el Sars Cov 2.

La coagulación asociada a Covid (CAC) se acompaña de una cascada de citoquinas, activación plaquetaria, reducción de actividad fibrinolítica, formando un Inmuno Trombo y disfunción endotelial (endotelitis). Reflejamos las recomendaciones de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia.

Conclusiones

El estado actual sobre la eficacia de la vitamina D presenta resultados contradictorios. Se considera necesario realizar más ensayos clínicos aleatorios para confirmar este efecto.Puesta al día: GESEPOC 2021.

El papel de la triple terapia en EPOC en el nuevo entorno de acceso

Moderador:

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

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.

Ponentes:

▶ **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

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

▶ **Dr. D. Marc Miravitlles**

Especialista en Neumología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

▶ **Dr. D. Juan Antonio Riesco Miranda**

Especialista en Neumología. Cáceres.

Taller: Cómo explicar el manejo del inhalador en la distancia

Ponentes:

▶ **Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

▶ **Dra. Dª. Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Comunicaciones Médico de Familia

Comunicaciones Médico de Familia

477/4. EL MIEDO AL DIAGNÓSTICO, RETRASA EL TRATAMIENTO

Autores:
(1) Quirós Ambel, Candela María, (2) Núñez Hernández, María Luisa Carlota, Cuvillo Mergelina, Ana, Escalona García, Carmen, Pache Ferrero, Laura

Centro de Trabajo:
(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Infanta Cristina Y Hospital Universitario Del Tajo SA, (2) Médico Residente 4º año. Centro de Salud Mendillorri. Pamplona

Resumen:

Descripción del caso

Varon de 77 años con antecedentes médicos de síndrome metabólico, hiperuricemia, catalogado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (no estudiado) e insuficiencia venosa crónica, intervenido de ulcus péptico (hace más de 20 años) y fumador de 1 paquete/día. Que consulta en agosto.2019 por aumento de su disnea habitual, tos similar a la habitual sin expectoración, afebril que asocia dolor intermitente en escápula izquierda de dos meses de evolución. Ortopnea (duerme sentado) desde hace dos años, edemas crónicos de MMII, sin otra sintomatologia referida.

Exploración y pruebas complementarias

FC: 73 lat/min Sat 0^2: 96 % TA: 115 / 76 mmHg.

Mala tolerancia de decúbito. Arrítmico controlado sin soplos (tonos dificilmente audibles).Murmullo vesicular conservado con roncus y crepitantes predominantes en base izquierda, sibilancias espiratorias.

ECG: arritmia sinusal a unos 90 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización. Patrón SI QIII TIII.

Radiografía de tórax: cardiomegalia, Senos costofrenicos pinzados, amento de densidad en pulmón izquierdo, imagen de unos 5x8 cm de aparente localización posterior con bordes nítidos.

Hemograma y coagulacion normal. Dimero D 414. Bioquímica: Na 127, osmolalidad 260, LDH 276, NT-propBNP 226, Gasometria arterial basal: ph 7.46, pCO2 35.5, pO2 67.8, bicarbonato 24.8, saturación oxígeno 94%.

Se explica a paciente y familiar hallazgos encontrados y necesidad de completar estudios hospitalizado, que rechaza, solicitando el alta voluntaria.

Acude de nuevo en diciembre por aumento de disnea tos y dolor escapular izquierdo de caracteristicas mecánicas, asi como deformidad a nivel escapular con giba prominente y marcada desviacion cervical hacia el lado izquierdo, persistiendo masa pulmonar a nivel radiografico por lo que consensuamos estudio de forma ingresada en el hospital, lo cual el paciente y familiar aceptan.

Durante el ingreso hospitalario se realizan TAC y PET TAC asi como PAAF con siguientes resultados:

TAC: Gran masa tumoral pulmonar apical posterior izquierda, mayor de 10-12 cm de diámetros con extensión extrapulmonar que destruye arcos costales posteriores , al menos 4º, 5º , 6º y 7º arcos y afectación vertebral adyacente . Pequeño derrame pleural izquierdo. No adenopatías mediastinicas significativas. Bronquios principales permeables.

PET TAC :gran masa neoplásica pulmonar izquierda que invade tejidos blandos y pared costal con adenopatías mediastínicas infiltradas.

PAAF: Imágenes citológicas indicativas de Carcinoma no microcítico a favor de escamoso, con extensa necrosis.

Juicio clínico

Carcinoma pulmonar epidermoide IV-B.

Diagnóstico diferencial

EPOC, Insuficiencia Cardiaca, Neumonia, infeccion tuberculosa, carcinoma pulmonar...

Comentario final

La necesidad de estudio en los pacientes con alta sospecha de EPOC, con espirometria, radiografia de torax...No puede hacernos olvidar de la necesidad de reevaluacion continua en un paciente que presenta deterioro progresivo de su disnea habitual que ademas presenta dolor y empeoramiento clinico respiratorio, puesto que no hay que olvidar el importante factor carcinogeno del tabaquismo.

Ante la presencia de una masa pulmonar hay que intentar conseguir un adecuado y precoz estudio para conseguir un diagnóstico y tratamiento en estadios tempranos de la enfermedad.

Bibliografía

Manual 12 de Octubre Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre

Palabras clave (máximo 3)

Carcinoma. Masa. Pulmonar.

477/5. DISNEA EN TRAUMATISMO TORÁCICO: NEUMOTOTAX

Autores:
(1) González Carranza, Silvia Mª, (2) Regés, Carlos Eduardo

Centro de Trabajo:
(1) Médico en Osakidetza, (2) Médico de Familia. Centre Médic Pas. Andorra

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 22 años que acude tras traumatismo directo a nivel de hemitórax derecho, traumatismo lumbar y hombro derecho, refiere disnea.

AP: No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No en tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes habituales: TA: 120/70; Sat. De Oxigeno: 88%; FC: 88 lpm; Taquipnea inicial a 18 m.

Sat. De Oxigeno con O2 a 24%; 96%.

AP: MVC, dolor inspiratorio. AC: rítmico. Exploración Torácica: abrasión a nivel de trauma costal 8ª-9ª y 10ª costillas derechas, dolor a la presión lateral y dolor a la palpación a nivel de dichas costillas. No volet costal. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, no masas ni megalias.

Rx Tórax: Fractura de 8ª-9ªy 10ª costilla hemitórax derecho con imagen de Neumotórax apical derecho.

El paciente es derivado en helicóptero al hospital tras valorar la radiografía, se le realiza TAC torácico en el hospital.

TAC Torácico: Extensa área de contusión parenquimatosa postero basal en LID que asocia una imagen de morfología redondeada con densidad UH (rango hemático) con burbujas aérea en su interior que sugiere hematoma asociado; y posible laceración pulmonar. Imágenes aéreas pseudoquisticas (¿bronquiectasias quísticas?). Despegamiento de hojas pleurales y región apical anterior derecha. Enfisema subcutáneo en pared torácica derecha. Derrame pleural escaso derecho. Fracturas costales múltiples que incluyen los arcos costales posterior 8ª, 9ª y 10ª, apreciándose acabalgamiento de los extremos de esta última.

Juicio clínico

Paciente con traumatismo torácico que presenta Neumotórax apical derecho.

Fracturas COSTALES 8ª-9ª-10ª.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax.

Fracturas Costales.

Comentario final

Las fracturas de las costillas por lo general se producen a causa de una contusión fuerte, como una caída. La fractura por sí misma rara vez es grave, aunque el traumatismo que causó la fractura ocasionalmente ocasiona otros problemas, como un hematoma dentro del pulmón (contusión pulmonar) o un colapso pulmonar (neumotórax). Las fracturas de las costillas causan un dolor intenso, especialmente cuando la persona afectada respira con profundidad.

Bibliografía

Ludwig c, koryllos a. Management of chest trauma. J thorac dis 2017; 9: 172-7.

Manay p, satoskar r, karthik v, prajapati r. Studying morbidity and predicting mortality in patients with blunt chest trauma using a novel clinical score. J emerg trauma shock 2017.

Palabras clave (máximo 3)

Pneumothorax & Chest trauma.

477/7. MANEJO DEL PACIENTE CON RINITIS ALÉRGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO MAPRAP)

Autores:

(1) Álvarez Suárez, María Elena, (2) Trillo Calvo, Eva, (3) Colás, Carlos

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Infanta Cristina Y Hospital Universitario Del Tajo SA, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Belchite. Zaragoza. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos, Salud Mental y Respiratorio de SEMERGEN., (3) Especialista en Cirugía Plástica y Estética. Centro Carlos Colás. Navarra.

Resumen:

Objetivos

Estudiar el manejo de la rinitis alérgica (RA) desde las consultas de Atención Primaria (AP) de España.

Metodología

Siguiendo la metodología Delphi se realizó un estudio cualitativo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado. Se plantearon ítems relacionados con su práctica clínica habitual en cuanto al manejo de la RA y se consideró que había consenso si más del 75% de los participantes están bastante o totalmente de acuerdo/desacuerdo con las cuestiones planteadas.

Resultados

Participaron 248 profesionales de todo el territorio nacional (93% con más de 10 años de experiencia). Los criterios de diagnóstico de la RA están bastante claros, no tanto los criterios de derivación (71,8%). Más del 90% consideran que hay un porcentaje apreciable de pacientes infratratados, el 54,5% reconocen tener un conocimiento insuficiente de los diversos tratamientos para la RA, el 94% necesitaría más formación y el 83,1% consideran complicado manejar un paciente con RA y asma. El 87,5% consideraría de gran ayuda disponer de un documento consenso que definiera claramente los criterios de derivación.

Conclusiones

En general, los profesionales de AP consideran que realizan un buen manejo de los pacientes con RA, aunque reconocen ciertas carencias formativas. Disponer de un documento consenso, sobre todo de cara al manejo de la asociación asma-RA, sería de gran ayuda.

Palabras claves (máximo 3)

Rinitis alérgica, atención primaria.

477/9. COMPARATIVA DE LA DETERMINACIÓN DE SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO POR PULSIOXIMETRÍA Y GASOMETRÍA ARTERIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
(1) Cubelos Fernández, Naiara, (2) Cuadra San Miguel, Rebeca, (3) García Iglesias, Cristina, (2) Casal Codesido, José Ramón, (4) Del Pozo Vegas, Carlos, (5) Escudero Álvarez, Saúl

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Resumen:

Objetivos

Determinar la relación que existe entre la saturación de oxígeno obtenida mediante pulsioximetría y la obtenida mediante gasometría arterial.

Evaluar la significación estadística entre la saturación arterial de O2 por gasometría y el tipo de disnea (respiratoria, cardiológica, mixta, otras).

Metodología

Estudio transversal,descriptivo,retrospectivo, en pacientes de 18 años o más, triados como disnea en 3 hospitales, en los meses de febrero y julio de 2021. Se recogieron datos clínicos y demográficos del sistema informático Jimena 4.Variables estudiadas:sexo,edad,datos analíticos tipo de disnea y tratamiento realizado en Urgencias,diagnóstico definitivo y si precisaron ingreso. Se realizó U de Mann Whitney para estimar la asociación entre tipo de disnea y gasometría arterial.

Resultados

Tamaño muestral:699 pacientes(346 hombres),edad media 77,8años.En febrero consultaron servicios de urgencias y fueron triados como disnea 501 pacientes y en julio 198 pacientes. Se realizaron tomas de SatO2 por pulsioximetría en 683 pacientes y gasometría arterial en 529 pacientes. La cifra media de satO2 mediante pulsioximetría fue 91,46%,la cifra media obtenida por gasometría arterial fue 88,59%.

La Sat O2 gasométrica media en disneas de origen cardiológico(95 pacientes)es de 88,29%,origen respiratorio(423 pacientes) es de 88,74%,mixtas(80 pacientes) es de 86,50% y en otros(95 pacientes)es de 91,04%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de PO2 por gasometría en disnea respiratoria vs.mixta(p=0,0197),disnea cardiológica vs.psicógena(p=0,0278),disnea mixta vs.psicógena(p=0,00007) y disnea respiratoria vs.psicógena(p=0,0238).

Conclusiones

La pulsioximetría sobreestima la Sat O2 medida por gasometría en un 3% en comparación con la pulsioximetría en las mismas condiciones de oxigenoterapia. Se objetivan diferencias significativas en las cifras de SatO2 gasométrica en función del tipo de disnea.

Palabras claves (máximo 3)

Disnea,pulsioximetría,gasometría.

477/10. SEMIOLOGÍA CLÍNICA REFERIDA POR PARTE DE PACIENTES CON ENFISEMA PULMONAR EN EL AMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
(1) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (2) Fernández Villar, Jesús, (3) Arrimada García, Margarita, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (6) Viñuela García, Nuria

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León

Resumen:

Objetivos

Identificar los principales síntomas referidos por parte de pacientes con diagnóstico de Enfisema Pulmonar a nivel de Atención Primaria aportándose frecuencias.

Metodología

Se desarrolló un Estudio de Investigación Descriptivo utilizándose una anamnesis médico/paciente mediante un formulario dirigido a pacientes con diagnóstico de Enfisema Pulmonar (desde al menos seis meses previos) en horario normal de Consultas Médicas de Atención Primaria. Se empleó una Muestra de 200 pacientes de edad 45-85 años en un Area de Salud y la duración de la Investigación fue de un año desde 1/1/2020 a 31/12/2020.

Se elaboró una estadística con las respuestas obtenidas respecto a las siguientes preguntas relativas a la presencia de siete síntomas principales de Enfisema Pulmonar: 1.— Tos/habitual, 2.— Pitidos/respiratorios, 3.— Expectoración/mucosidad, 4.— Fatiga/frecuente, 5.- Opresión/pecho, 6.- Cianosis/labios-uñas, 7.- Ansiedad/Insomnio.

Resultados

1. Tos/habitual: Sí 142/200 (71%); No 47/200 (23,50%); Indefinido 11/200 (5,50%).

2. Pitidos/respiratorios: Sí 157/200 (78,50%); No 36/200 (18%); Indefinido 7/200 (3,50%).
3. Expectoración/mucosidad: Sí 129/200 (64,50%); No 62/200 (31%); Indefinido 9/200 (4,50%).
4. Fatiga/frecuente: Sí 178/200 (89%); No 16/200 (8%); Indefinido 6/200 (3%).
5. Opresión/pecho: Sí 151/200 (75,50%); No 44/200 (22%); Indefinido 5/200 (2,50%).
6. Cianosis/labios-uñas: Sí 115/200 (57,50%); No 76/200 (38%); Indefinido 9/200 (4,50%).
7. Ansiedad/Insomnio: Sí 123/200 (61,50%); No 67/200 (33,50%); Indefinido 10/200 (5%).

Conclusiones

Los pacientes con Enfisema Pulmonar en Atención Primaria refieren los siguientes síntomas principales:

- Lo más habitual: Fatiga/frecuente (89%).

Predominan además otros síntomas respiratorios: Pitidos/respiratorios (78,50%), Opresión/pecho (75,50%), Tos/habitual (71%) y Expectoración/mucosidad (64,50%).

Otros síntomas habituales: Ansiedad/Insomnio (61,50%) y Cianosis/labios-uñas (57,50%).

Palabras claves (máximo 3)

Enfisema. Primaria. Fatiga.

477/11. TRIPLE TERAPIA INHALATORIA EN UN SOLO DISPOSITIVO: VALORACIÓN COMPARATIVA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON EPOC RESPECTO A LA FUNCIÓN PULMONAR

Autores:
(1) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (2) Fernández Villar, Jesús, (3) Arrimada García, Margarita, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (6) Viñuela García, Nuria

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León

Resumen:

Objetivos

Efectuar una valoración comparativa del efecto sobre la función respiratoria en pacientes con EPOC en tratamiento con fármacos en Triple terapia Inhalatoria en un solo dispositivo: Fluticasona/Umeclidinio/Vilanterol y Beclometasona/Formoterol/Glicopirronio.

Metodología

Se realizó un Estudio de Cohortes Prospectivo en Consultas de Medicina de Familia durante ocho meses desde 1/7/2019 hasta 1/3/2020 utilizándose una Muestra de 50 pacientes con con requisitos: Edad 45-85 años, diagnóstico de EPOC desde al menos diez meses previos (sin acceso a registros espirométicos previos), presentar tratamiento con triple terapia inhaladora en un solo dispositivo iniciado en las cuatro semanas previas. Se emplearon dos fármacos (25 pacientes con cada uno): Dispositivo/Polvo (Fluticasona-Umeclidinio-Vilanterol) y Dispositivo/presión (Beclometasona-Formoterol-Glicopirronio).

Se valoró la función pulmonar de los pacientes midiéndose la variación del Volumen Espirado Máximo/ en el primer segundo (FEV1) mediante espirometrías realizadas en la mitad y al final de la Investigación. Se hizo una Distribución de frecuencias.

Resultados

Aumento FEV1/Número de casos/dos espirometrías:

- A 4/meses:
  - * Aumento FEV1/0-5%= DIspositivo/Polvo 16/25 (64%); Dispositivo/Presión 14/25 (56%).
  - * Aumento FEV1/5-10%= Dispositivo/Polvo 6/25 (24%); Dispositivo/Presión 7/25 (28%).
  - * Aumento FEV1/>10% = Dispositivo/Polvo 3/25 (12%); Dispositivo/Presión 4/25 (16%).
- A 8/meses:
  - * Aumento FEV1/0-5%= DIspositivo/Polvo 6/25 (24%); Dispositivo/Presión 10/25 (40%).
  - * Aumento FEV1/5-10%= Dispositivo/Polvo 10/25 (40%); Dispositivo/Presión 9/25 (36%).
  - * Aumento FEV1/>10% = Dispositivo/Polvo 9/25 (36%); Dispositivo/Presión 6/25 (24%).

Conclusiones

El efecto en la función respiratoria de aumento/FEV1> 10% en el tratamiento con triple terapia inhalatoria en pacientes con EPOC a los ocho meses es más frecuente con el Dispositivo/Polvo/Fluticasona-Umeclidinio-Vilanterol (36%) que con el Dispositivo/Presión Beclometasona-Formoterol-Glicopirronio (24%).

Palabras claves (máximo 3)

EPOC. Triple. FEV1.

477/12. PLEURITIS EN MEDIO SEMIURBANO: DETECCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS MÁS HABITUALES EXPRESADOS POR PARTE DE PACIENTES

Autores:
(1) Arrimada García, Margarita, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (6) Viñuela García, Nuria

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León

Resumen:

Objetivos

Detectar la clínica más habitual expresada por parte de pacientes con Pleuritis en medio Semiurbano estableciéndose frecuencias de los síntomas.

Metodología

Se efectuó una Investigación de tipo Descriptivo durante ocho meses desde 3/1/2020 hasta 1/11/2020 mediante una encuesta realizada por Médicos de Atención Primaria en consulta en horario habitual dirigida a una Muestra de 100 pacientes (edad 50-90 años) con la característica de haber tenido diagnóstico de Pleuritis en el último año.

La encuesta incluyó seis síntomas habituales de Pleuritis, interrogándose a los pacientes sobre su padecimiento durante esta enfermedad en los meses previos: 1.— Dolor/pecho, 2.— Dolor/pecho aumentado al respirar, 3.- Dolor/pecho irradiado a espalda, 4.- Ahogo/respiratorio, 5.- Tos/intermitente, 6.- Fiebre. Se registraron las frecuencias de las respuestas.

Resultados

Distribución Preguntas/Respuestas:

1. Dolor/pecho: Sí 93/100 (93%), No sabe/no contesta 5/100 (5%), No 2/100 (2%).
2. Dolor/pecho aumentado al respirar: Sí 86/100 (86%), No sabe/no contesta 11/100 (11%), No 3/100 (3%).
3. Dolor/pecho irradiado a espalda: Sí 79/100 (79%), No sabe/no contesta 17/100 (17%), No 4/100 (4%).
4. Ahogo/respiratorio: Sí 71/100 (71%), No sabe/no contesta, 23/100 (23%), No 6/100 (6%)
5. Tos/intermitente: Sí 63/100 (63%), No sabe/no contesta 36/100 (36%), No 1/100 (1%).
6. Fiebre: Sí 66/100 (66%), No sabe/no contesta 32/100 (32%), No /100 (2%).

Conclusiones

Los pacientes con Pleuritis expresan padecer los síntomas:

- El dolor es el síntoma principal: Localizado en el pecho (93%), en el pecho/con aumento al respirar (86%), en el pecho/irradiado a espalda (79%).
- Otros síntomas habituales son: Ahogo respiratorio (71%), Tos intermitente (63%) y Fiebre (66%).

Palabras claves (máximo 3)

Pleuritis. Semiurbano. Dolor.

477/13. REVISIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA CLÍNICA EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA

Autores:
(1) Arrimada García, Margarita, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) González Carranza, Silvia Mª, (6) Pérez Vázquez, Carlos

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eibar. Eibar. Guipúzcoa, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria

Resumen:

Objetivos

Presentar una revisión de la prevalencia de la clínica registrada en pacientes con diagnóstico de Carcinoma Broncogénico a nivel de Consultas de Medicina de Familia.

Metodología

Se llevó a cabo un Estudio Observacional Retrospectivo Longitudinal mediante una revisión de Historias Clínicas de pacientes (edad 35-85 años) atendidos en Consultas de Medicina de Familia con diagnóstico de Neoplasia Broncopulmonar de cualquier tipo histológico (al menos un mes desde su diagnóstico) con la premisa de no tener otra Patología Respiratoria, obteniéndose información relativa a los síntomas más frecuentes detectados.

Se captó una Muestra seleccionada al azar de 200 pacientes en tres Areas de Salud y la Investigación duró 10 meses desde 1/2/2020 hasta 30/11/2020, reflejándose una estadística de frecuencias de estos síntomas.

Resultados

Muestra 200 pacientes= Hombres/113/56,50%) + Mujeres/87(43,50%).

- Astenia: 166 (83%).

- Disnea: 156 (78%).
- Pérdida/peso: 148 (74%)
- Tos/persistente 142 (71%).
- Dolor/pecho: 136 (68%).
- Ruidos/pitidos Respiratorios 134 (67%).
- Hemoptisis: 124 (62%).
- Fiiebre: 120 (60 %).
- Afonía: 116 (58%).
- Inflamación Cervical/Facial 112 (56%).
- Dolores/óseos: 82 (41%).

Conclusiones

Los pacientes con Carcinoma Broncogénico a nivel de Consultas de Medicina de Familia presentan la clínica siguiente:

- El síntoma más frecuente es la astenia (83%), siendo además muy habitual la pérdida/peso (74%).
- La disnea (78%) es un síntoma muy predominante.
- Otra Clínica Respiratoria muy prevalente es: Tos/persistente (71%), Dolor/pecho (68%), Ruidos/pitidos Respiratorios (67%), Hemoptisis (62%).
- Es menos habitual otra sintomatología no específica respiratoria: Fiebre (60%), Afonía (58%), Inflamación Cervical/Facial (56%), Dolores/óseos (41%).

Palabras claves (máximo 3)

Carcinoma. Broncogénico. Astenia.

477/14. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR COVID-19: IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

Autores:

(1) García Andrés, Luis Enrique, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Hermida Manso, José Luis, (6) Madera González, Enrique

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza II. La Bañeza. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benavides de Órbigo. Benavides. León

Resumen:

Objetivos

Identificar La clínica más habitual reflejada por parte de pacientes con diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar (TEP) con Enfermedad de COVID-19.

Metodología

Se estableció un Estudio de Investigación de tipo Descriptivo realizado en diferentes consultas de Medicina de Familia de cinco centros/sanitarios de un mismo Area de Salud mediante cuestionario/clínico médico-paciente. Se utilizó una muestra aleatoria/100 pacientes con criterios/inclusión: Diagnóstico/Tromboembolismo Pulmonar (en los últimos/4 meses) con Enfermedad/COVID-19 y edad 40-90/años. No hubo criterios/exclusión.

Se hizo contacto/telefónico con estos pacientes en periodo/convalecencia, planteándoles ocho/preguntas referentes al padecimiento de síntomas/habituales de TEP: 1) Tos, 2) Hemoptisis, 3) Cianosis/facial, 4) Disnea súbita/Taquipnea, 5) Dolor/Pleurítico, 6) Mareo/Hipotensión, 7) Taquicardia, 8) Fiebre. El Estudio duró cinco/meses desde 1/8/2020 hasta 31/12/2020, aportándose una estadística de frecuencias.

Resultados

Contestaciones/obtenidas:

1. Tos: Sí 67/100 (67%), No 32/100 (32%), No-concluyente 1/100 (1%).
2. Hemoptisis: Sí 48/100 (48%), No 46/100 (46%), No-concluyente 6/100 (6%).
3. Cianosis/facial: Sí 53/100 (53%), No 42/100 (52%), No-concluyente 5/100 (5%).
4. Disnea súbita/Taquipnea: Sí 81/100 (81%), No 17/100 (17%), No-concluyente 2/100 (2%).
5. Dolor/Pleurítico: Sí 74/100 (74%), No 22/100 (22%), No-concluyente 4/100 (%).
6. Mareo/Hipotensión: Sí 32/100 (32%), No 63/100 (63%), No-concluyente 5/100 (5%).
7. Taquicardia: Sí 69/100 (69%), No 25/100 (25%), No-concluyente 6/100 (6%).
8. Fiebre: Sí 51/100 (51%), No 46/100 (46%), No-concluyente 3/100 (3%).

Conclusiones

Los pacientes con Tromboembolismo Pulmonar con Enfermedad por COVID-19 dicen presentar los síntomas:

- Frecuencia/elevada (>66%)= Disnea súbita/Taquipnea (81%) que es lo más predominante, Dolor/Pleurítico, Taquicardia y Tos.
- Frecuencia/intermedia (48-53%)= Cianosis/facial, Fiebre y Hemoptisis.
- Frecuencia/reducida= Mareo/Hipotensión (32%).

Palabras claves (máximo 3)

Tromboembolismo. COVID. Disnea.

477/15. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL CONSUMO DE BETAADRENERGICOS INHALADOS DE ACCION CORTA EN POBLACIÓN ASMATICA

Autores:
(1) Pinel Monge, Margarita, (2) Ibañez Cabezas, Lara, (2) Escamilla Guinea, Saioa, (3) Iturralde Iriso, Jesús, (3) Ortega Horrillo, Maria Eugenia, (3) Calleja Pascual, José Manuel

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria. Álava, (2) Médico Residente. Osi Araba., (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osi Araba.

Resumen:

Objetivos

Conocer la influencia que ha tenido la pandemia COVID 19 en el consumo de betaadrenérgicos inhalados de acción corta en población asmática.

Metodología

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se compararon los consumos de betaadrenérgicos inhalados acción corta en una población asmática de un centro de salud de Vitoria-Gasteiz entre el consumo por receta retirada en el año 2019 y en el año 2020. Se analizaron los datos con el programa SPSS25.

Resultados

A finales del 2019 había diagnosticados un total de 559 pacientes con asma, de los cuales eran mujeres 347 (62%). Del total de asmáticos 231 (41,3%) solicitaron en farmacia, con receta, betaadrenérgicos inhalados acción corta. La media de envases solicitados durante el año fue de 3,5 +/-3,4. El 45,8% retiró salbutamol y el 54,2 % retiró terbutalina. La cantidad total de envases retirados fue de 809. Durante el año 2020 el número de pacientes diagnosticados de asma fue 588, de los cuales eran mujeres 359 (61%). Del total de asmáticos, 224 (38%) solicitaron en farmacia con receta betaadrenérgicos inhalados acción corta. La media de envases solicitados durante el año fue 3,5+/-3,5. El 39,1% retiró salbutamol y el 60,9% terbutalina. La cantidad total de envases fue de 788.

Conclusiones

La pandemia covid19 no ha incrementado el consumo de betaadrenérgicos de acción corta a pesar de que el número de pacientes diagnosticados de asma era mayor. Habría que descartar si el efecto de la mascarilla ha disminuido las reagudizaciones bronquiales que hacen que se utilicen más estos fármacos.

Palabras claves (máximo 3)

Asma, COVID, fármacos.

477/16. EXPOSICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS MÁS PREVALENTES EN PACIENTES A NIVEL DE GERIÁTRICOS EN UN AREA DE SALUD

Autores:
(1) García Andrés, Luis Enrique, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (6) Viñuela García, Nuria

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León

Resumen:

Objetivos

Realizar una exposición de las Patologías Respiratorias más prevalentes observadas a nivel de pacientes de Geriátricos en un Area de Salud, estableciéndose sus frecuencias.

Metodología

Se llevó a cabo un Estudio de Investigación Observacional Transversal Retrospectivo a nivel de pacientes de Geriátricos en un Area de Salud. Se empleó una muestra/aleatoria de 300/pacientes con criterios/inclusión: Edad 65-95/años, ser residente/Geriátrico, presentar diagnóstico de cualquier clase de Patología Respiratoria (en los últimos/cuatro meses). No se establecieron criterios/exclusión.

La Investigación abarcó cuatro meses desde 1/4/2020 hasta 1/8/2020, efectuándose una búsqueda de las Patologías Respiratorias más prevalentes vigentes durante ese período, empleándose los registros de historias/clínicas de los pacientes. Se elaboró una distribución de frecuencias mediante la utilización de programa/informático Microsoft/Office.

Resultados

Muestra/300 pacientes= Mujeres 157 (52,33%)/Varones 143 (47,67%):

- Patologías Infecciosas: 131 (43,66%).
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): 70 (23,33%).
- Neumopatías/Agentes externos: 55 (18,33%).
- Neoplasias: 44 (14,66%).
- Asma Bronquial: 29 (9,66%).
- Colagenosis: 20 (6,66%)

- Patiologías/Traumáticas: 17 (5,66%).
- Patología Pleural: 13 (4,33%).
- Bronquiectasias: 10 (3,33%).
- SÍndrome/Apnea Sueño: 8 (2,66%).
- Hipertensión Pulmonar: 7 (2,33%)
- Fibrosis Pulmonar: 6 (2%).
- Neumotórax: 5 (1,66%).
- Edema Agudo pulmonar: 4 (1,33%).
- Tromboembolismo Pulmonar: 3 (1%).
- Malformaciones 2 (0,66%).

Conclusiones

Las Patologías Respiratorias más prevalentes a nivel de pacientes en Geriátricos son:

- Las Patologías Infecciosas son las más frecuentes (43,66%).
- La EPOC supone alrededor de un 25 %.
- Las Neumopatías/Agentes externos son algo menos de la quinta parte.
- Las Neoplasias aparecen en un 14,66%.
- El Asma Bronquial se presenta aproximadamente en un 10%.

Palabras claves (máximo 3)

Respiratorias. Geriátricos. Infecciosas.

477/17. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO COMPLICACION POSTCOVID-19 EN PACIENTE JOVEN

Autores:
(1) Venegas Henquen, Marnie, (2) Fernández Martínez de Septien, carmen, (3) López Serrano, María Ascensión, (4) Castro Mariño, Pablo

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (2) Especialista en neumología. Hospital universitario de Burgos. Burgos, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (4) Residente 1er año medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Ignacio López Saiz. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 21 años, sin antecedentes de interés, lleva una vida activa, que consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 8 días de evolución, se intensifica con los movimientos y la inspiración profunda. Acude a urgencias, realizándose Rx de tórax que es normal, se pautó tratamiento con antinflamatorios no esteroideos (AINES) con regular respuesta motivo por el que solicita consulta en atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloración de piel y mucosas, hemodinámicamente estable, con frecuencia respiratoria de 17rpm y saturación de oxígeno en 97 %. En el aparato respiratorio encontramos una hipoventilación marcada en campo posterobasal derecho.

Indicamos analítica, Rx de tórax, continuamos con AINES para el dolor y ejercicios de fisioterapia respiratoria.

En la analítica destaca el Dímero D de 2.9 (0 - 0.4), el fibrinógeno en 546 y una PCR en 30, en el Rx de toráx se aprecia pinzamiento del seno costofrénico izquierdo.

Se contacta por vía telefónica con el paciente para nueva evaluación, se interroga haciendo énfasis en síntomas respiratorios y refiere que tres meses atrás en marzo del 2020, coincidiendo con el confinamiento y el decreto del estado de alarma en España, presentó astenia intensa, anosmia y ageusia, clínica sugestiva de COVID-19.

Remitimos al paciente a urgencias hospitalarias por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), confirmándose dicho diagnóstico mediante angioTC de tórax, se decide ingreso para tratamiento.

Juicio clínico

TEP lobar bilateral, Infarto pulmonar y derrame pleural izquierdo secundario, se instaura tratamiento con Enoxaparina 80mg subcutáneo cada 12 horas y paracetamol.

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural, dolor osteomuscular.

Comentario final

Este caso tiene interés desde nuestro punto de vista por el hecho de ser una forma inusual de presentación clínica del TEP, en un paciente sin factores de riesgo conocidos, joven, con vida activa, práctica de deportes y solamente el antecedente de clínica sugestiva de COVID- 19 tres meses atrás.

El nuevo SARS-CoV-2 (COVID-19) ha supuesto un problema sanitario sin precedentes, la enfermedad cursa con presentaciones clínica variables, desde cuadros paucisintomáticos y procesos catarrales hasta neumonías graves que evolucionan rápidamente a Síndrome de distrés respiratorio agudo y fallo multiorgánico. Ya se van conociendo estudios que confirman que la infección predispone a fenómenos trombóticos de localización venosa, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) el más frecuente.

La fisiopatología que relaciona el TEP con esta infección no se conoce bien y parece estar relacionada con un estado de hipercoagulabilidad.

En conclusión, en la situación actual de pandemia, ante un dolor torácico en pacientes sin otros factores de riesgo hay que interrogar por antecedentes de COVID- 19 y si son positivos, incluir en el diagnóstico diferencial el TEP.

Bibliografía

López R, Oscullo G, Jiménez D, Cano I, García A. Riesgo trombótico y COVID-19: revisión de la evidencia actual para una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica. Arch Bronconeumol.2021;57(S1): 55-64

Poissy J, Goutay J, Caplan M, Parmentier E, Duburcq T, Lassalle F, et al. Pulmonary embolism in COVID-19 patients: Awareness of an Increased Prevalence. Circulation. 2020, http://dx.doi.org/10.1161/ CIRCULATIONAHA.120.047430.

Palabras clave (máximo 3)

TEP, postcovid -19.

477/18. DORSOLUMBALGIA Y CÁNCER DE PULMÓN

Autores:

(1) Venegas Henquen, Marnie, (2) López Serrano, María Ascensión, (3) Castro Mariño, Pablo

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Ignacio López Saiz. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 60 años, con antecedentes de coxartrosis, fumador de un paquete de cigarrillos al día desde los 16 años, acude a consulta de atención primaria por dorsolumbalgia que ha ido aumentando en intensidad hasta hacerse incapacitante. Otras veces ha sufrido de dolores lumbares, pero en esta ocasión es diferente, se irradia a región dorsal y parilla costal derecha, acompañado de tos matutina sin expectoración. Refiere pérdida de peso no cuantificada desde hace 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, adenopatía móvil en cadena cervical derecha. AP: MV disminuido en ambas bases pulmonares, dolor a la palpación de la musculatura dorsal y lumbar derechas, Lassegue y Bragard negativos. Se pauta analgesia en atención primaria, se indica analítica, Rx de tórax y columna lumbosacra.

Analítica: Hemograma y bioquímica normales. PCR 88, VSG 80, fibrinógeno 829 y en el Rx columna lumbosacra: Escoliosis dorsolumbar, cambios degenerativos artrósicos, Rx de Tórax: Ensanchamiento del mediastino, nódulo pulmonar en LSD.

Se le envía a consulta especializada preferente de neumología donde se le indica TAC de tórax, abdomen y pelvis.

TAC conclusiones: Masa paramediastínica derecha compatible con neoplasia pulmonar estadio T4, N3, M1. Se confirma por fibrobroncoscopia carcinoma broncogénico epidermoide.

Ganmagrafía ósea: No metástasis ósea.

Se inicio tratamiento paliativo por lo avanzada que se encontraba la enfermedad.

Juicio clínico

Carcinoma broncogénico epidermoide T4, N3, M1.

Diagnóstico diferencial

Dorsolumbalgia mecánica, Fractura vertebral, Derrame pleural.

Comentario final

Los riesgos de padecer cáncer de pulmón por el tabaquismo dependen de la dosis, aumenta marcadamente según el número de cigarrillos fumados a diario y el número de años durante los que se fuma. En promedio, los fumadores actuales se enfrentan a un riesgo de padecer este tipo de cáncer 10 veces más alto que los no fumadores. Es posible que el cáncer de pulmón produzca síntomas o se encuentre de manera fortuita en una imagen del tórax.

En este caso nos llamó la atención la dorsolumbalgia con signos y síntomas de alarma, es una presentación poco común que nos puede sugerir metástasis óseas, aunque no se encontraron en nuestro paciente.

Conclusiones: La dorsolumbalgia aguda o de repetición debe de ser una patología estudiada que precisa de anamnesis y examen físico detallado junto a exploraciones complementarias para filiar la causa del dolor.

Bibliografía

American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2020.American Cancer Society, 2020.Last accessed January 12, 2021.https://www.cancer.org.

Rojas R, Manzur P, García-Borras JJ, Valero JL, Muñoz ML, Negueroles R. Lumbalgia como síntoma inicial de carcinoma pulmonar de células grandes. Rev. Sociedad Val.reuma.2007,2;3:53-54.

Palabras clave (máximo 3)

Dorsolumbalgia, carcinoma broncogénico.

477/19. LA ESTIGMA DEL SÍNDROME ANSIOSO

Autores:

(1) Escoz, Anna

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 37 años que consulta en el CAP por dolor centro torácico de una semana de evolución. Como antecedentes médicos destaca síndrome ansioso – depresivo sin tratamiento en la actualidad. Visitada 48 horas antes en urgencias hospitalarias por el mismo dolor, que se atribuyó a la ansiedad, paután-

dole Lorazepam. Al no notar mejoría consulta a su médico de familia.

Tras la interrogación, solo se añade a la clínica tos persistente de meses de evolución.

No antecedentes familiares de interés. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin alteraciones.

Radiografía simple de tórax: engrosamiento parahiliar derecho.

Analítica: Hemograma, perfil hepático, renal y lipídico normales. PCR <0.3 mg/L, ECA 44 U/L, vit D y coagulación en rango normalidad. Quantiferón TB negativo. Destaca CK 247 U/L.

TAC tórax: Múltiples adenopatías para-traqueales derechas bajas, hilares, perihilares y interlobares bilaterales de predominio derecho. Discreto engrosamiento nodular cisural.

PCR – COVID: Negativo.

PET: múltiples adenopatías activas multicompartimentales mediastínicas y en ambos hilios pulmonares. Nódulos pulmonares milimétricos, no caracterizadas metabólicamente por su pequeño tamaño, de características indeterminadas. Sin otros hallazgos de interés EBUS (citología y biopsia) : Extensiones de fondo fibrinohemático con frecuentes linfocitos, ocasionales células bronquiales y algunos fragmentos de tejido fibroso, en las que se observa la presencia de agregados histiocitarios compatibles con granulomas. Conclusión: granulomas no necrotizantes. Negativo para células malignas.

Cultivo Broncoaspirado: Negativo.

Juicio clínico

SARCOIDOSIS PULMONAR. Estadio I – Sin tratamiento en la actualidad. Controles semestrales.

Diagnóstico diferencial

Proceso linfoproliferativo, proceso infeccioso (TBC), Patología maligna (primario pulmonar, M1 pulmonar).

Comentario final

Existe cierto prejuicio en el ámbito sanitario respecto los pacientes con dolor torácico y antecedentes psiquiátricos, especialmente cuando se trata de ansiedad, con lo que algunos procesos pueden quedar fácilmente infradiagnosticados. Cómo médicos de familia, debe formar parte de nuestro trabajo identificar situaciones de alarma realizando un abordaje integral y objetivo de nuestros pacientes.

Bibliografía

Fontenot A, King TE. Flahery KR, Nicholson A, Hollingsworth H, editors. Pathology and pathogenesis of sarcoidosis. [Internet]. Uptodate.com. 2018.

Goldman - Cecil. Tratado de Medicina Interna, 25ª edición. España: Elsevier; 2017.

Palabras clave (máximo 3)

Sarcoidosis, ansiedad.

477/20. NO TODO ES NEUMONÍA

Autores:
(1) González Anoro, Eva, (1) Amat Valiente, Yolanda, (2) Andreu Mondón, Joana

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat. Barcelona

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 37 años, fumadora, con antecedente de histerectomía subtotal por mioma hace 2.

meses, visitada hace 3 semanas por dolor en hemitórax derecho y febrícula de una semana de evolución, sin tos ni expectoración mucopurulenta. Se realizó Rx de tórax que mostró infiltrado retrocardiaco, PCR COVID19 negativa. Se orientó como neumonía pautándose tratamiento con levofloxacino durante 10 días. Reconsulta por dolor torácico pleurítico en hemitórax contralateral (izquierdo) tras finalizar antibioticoterapia, de intensidad elevada, sin respuesta a mórficos, asociado a disnea de mínimos esfuerzos Niega. Fiebre, tos o expectoración.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Taquipneica, afebril, Sat basal 99%, tendencia a la hipotensión bien tolerada. Tonos rítmicos sin soplos audibles, hipofonesis bilateral (inspiración limitada por dolor). No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

- ECG: Ritmo sinusal, 80lpm, T negativas en DIII.
- RX tórax: Aumento de densidad en hemitórax inferior derecho, dudosa condensación en base izquierda.
- Analítica: Discreta elevación de reactantes de fase aguda, PCR y serología COVID
- Negativa. D-Dímero 6 (valor normal <0’5). Antigenuria en orina negativa para neumococo y legionella.
- AngioTC con contraste: Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo y bilateral, con areas de afectación pulmonar en ambos lóbulos inferiores, principalmente derecho.

Juicio clínico

Paciente con antecedente de intervención quirúrgica que presenta dolor torácico pleurítico bilateral asociado a disnea y elevación de dímero D, sugestivo de TEP, que se confirma con angioTC.

Diagnóstico diferencial

- Neumonía bacteriana o vírica
- Neumotórax
- Disección aórtica
- Dolor de origen osteomuscular

Comentario final

El TEP se produce por la oclusión de una o más arterias pulmonares por enclavamiento de embólos trombóticos formados en el sistema venoso profundo, generalmente miembros inferiores. Se trata de una entidad frecuente, en ocasiones infradiagnosticada, pero que sin tratamiento puede comportar un 30% de mortalidad La sintomatología es variada en función del grado de afectación siendo los síntomas más frecuentes la disnea y el dolor pleurítico. La escala de Wells permite identificar los pacientes con probabilidad alta de sufrir TEP, en los cuales estará indicada la realización de un angioTC directamente. En caso de probabilidad baja o intermedia, el hallazgo de un dímero D elevado obliga a la realización de un angioTC. Otras pruebas complementarias incluyen el ECG que puede ser normal o presentar alteraciones inespecíficas y la determinación de troponina, que es un marcador de la sobrecarga ventricular derecha y un marcador pronóstico. El tratamiento consiste en la administración de anticoagulación y en caso de inestabilidad hemodinámica o sobrecarga ventricular realizar fibrinólisis.

Bibliografía

Baloira A, Ruiz LA. Tromboembolismo pulmonar. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl 7):31-37

Palabras clave (máximo 3)

tromboembolismo, disnea.

477/21. NEUMONITIS POST-RADIACIÓN – A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Arrimada García, Margarita

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 66 años con antecedentes personales de Adenocarcinoma de mama en 2019 (realizada mastectomía, linfadenectomía y radioterapia), valorada en consulta de Atención Primaria (AP) por presentar en repetidas ocasiones episodios de tos seca que progresan a tos productiva con expectoración espesa. Se realizan pruebas complementarias con posterior tratamiento antibiótico y sintomático y seguimiento por AP. Ante persistencia clínica que asocia fiebre 38ºC y expectoración oscura abundante, y evidencia de alteración en radiografía de tórax, se decide derivación al Servicio de Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

ORL: Faringe ligeramente hiperémica. ACP: Ruidos rítmicos, no soplos. MVC, crepitantes secos dispersos. A/S: Normal. Gasometría arterial: PH 7.47, pCO2 32.1, pO2 67.7, HCO3 24.8, Sat O2 94.6%. Rx Tórax (1): Condensación a nivel de LM y LID. Rx Tórax (2): Aumento de densidad de condensación parenquimatosa, con broncograma periférico que afecta LSD, LM y LID. Pérdida de volumen. Ligero derrame pleural. Signos de hiperinsuflación en hemitórax izquierdo. TAC de Tórax: Consolidación periférica homogénea. Extenso patrón empedrado en LSD y áreas de opacidad en vidrio deslustrado en LM y LID. Pérdida de volumen del pulmón derecho. Atelectasia subsegmentaria en segmento posterior de LID. Nódulo milimétrico en segmento apical de LII. Pequeño derrame pleural derecho. Hallazgos sugestivos de neumonía organizativa secundaria a radioterapia de mama.

Juicio clínico

NEUMONITIS POSTRADIOTERAPIA.

Diagnóstico diferencial

NAC. TBC. Bronquiectasias.

Comentario final

Se estima que entre 50-60% de los pacientes con cáncer, reciben tratamiento con radioterapia (RT). El riesgo de neumonitis y fibrosis en estos pacientes se incrementa según el tipo y dosis de RT, quimioterápicos sensibilizadores (doxorrubicina y bleomicina) y la predisposición individual. La incidencia de neumonitis post-radioterapia varía entre 5-20% en pacientes tratados por cáncer de pulmón y entre 5-15% en aquellos con tumores mediastínicos o cáncer de mama.

La neumonitis puede presentarse de forma subaguda, 4-12 semanas post-radiación, o tardía como una fibrosis a partir de los 6-12 meses, caracterizándose por un cuadro de disnea progresiva, tos, dolor torácico, fiebre y malestar general. Radiológicamente, la mayoría de los pacientes presentan evidencias de fibrosis pulmonar incluyendo engrosamiento pleural, elevación de un hemidiafragma o desviación de la tráquea y del mediastino hacia el lado irradiado.

Para el tratamiento suele utilizarse corticoides en pacientes sintomáticos, a dosis de 1 mg/kg durante dos semanas. En asintomáticos, se recomiendan controles periódicos con radiografía de tórax. En caso de fibrosis establecida, el tratamiento es de soporte (rehabilitación, oxigenoterapia y vacunas antigripal y antineumocócica), pudiéndose utilizar, además, fármacos como Azatioprina o Ciclosporina.

Es de vital relevancia el papel que desempeña el médico de familia en estos pacientes, para la detección

precoz y el tratamiento de los síntomas que se presenten en la etapa tardía postratamiento.

Bibliografía

1) Garrell Lluís, I., Gimferrer Artigas, N. y Marzo-Castillejo M. Los efectos adversos de la radioterapia oncológica. ¿Qué debe saber el médico de familia? FMC. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 2015. 22 (10): 554-563.

2) Lamelo Alfonsín, F., Charlín Pato, G., Fernández Calvo, O. Efectos secundarios del tratamiento oncológico. Fisterra 2017. [Consultado 30 Marzo 2021]. Disponible en: Guía clínica de Efectos secundarios del tratamiento oncológico (saludcastillayleon.es).

Palabras clave (máximo 3)

Tos, radioterapia.

477/22. LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

Autores:
(1) Anselmi González, Sabrina Rosmar, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Arrimada García, Margarita

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés, valorada en consulta de Atención Primaria (AP) por presentar desde hace 3 meses tos seca con escasa expectoración blanquecina de predominio matutino, y febrícula ocasional 37.5ºC. Recibe tratamiento sintomático sin mejoría clínica. Ante evidencia de alteración en pruebas complementarias y persistencia clínica que asocia sudoración profusa y pérdida de peso de aprox. 4 Kg, se solicitan estudios especiales y se remite a servicios de especialidad pertinentes.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. COC. ORL: Faringe ligeramente hiperémica. AC: Ruidos rítmicos, no soplos. AP: MVC, no ruidos sobreañadidos. Estudio COVID: PCR negativo. Rx Tórax: Normal. A/S: VSG 84. PCR 73.1. Ca 12.5 112 Ul/mL, Ca 19.9 76.1 Ul/mL. Resto normal. Serología: Negativo para VIH, VHB, VHC, LUES, Toxoplasmosis, Borrelia burgdorferi y Coxiella burnetti. Mantoux: Positivo. Cultivo de esputo: Negativo. TAC Tóraco-abdominal: Neoformación central que obstruye bronquio del LID con atelectasia subtotal del mismo. Adenopatías hiliares ipsilaterales y subcarinales. Más dudosas paratraqueales ipsilaterales. Nódulo de 1 cm en glándula suprarrenal derecha indeterminado. T2N2Mx. Broncoscopia: Masa endobronquial que obstruye por completo el bronquio lobar inferior derecho. Biopsia bronquial LID (Anatomía Patológica): *Citología de broncoaspirado: Grupos de metaplasia escamosa atípica: Sospechosa de malignidad. *Biopsia de masa endobronquial: Carcinoma de células escamosas infiltrante con focos de carcinoma escamosa in situ.

Juicio clínico

Carcinoma Epidermoide De Pulmón T2N2MX.

Diagnóstico diferencial

Síndrome general. TBC.

Comentario final

El cáncer de pulmón constituye en España el 2º cáncer más frecuente en varones y el 4º en mujeres, siendo la 1ª causa de muerte en hombres y la 3ª en mujeres, con una mortalidad conjunta del 21%. Existen dos tipos principales: el carcinoma no microcítico (80-85%), presentando 2 subdivisiones histológicas: Carcinoma epidermoide o escamoso y el Adenocarcinoma, y el carcinoma microcítico (15-20%).

El carcinoma epidermoide se localiza de forma central afectando las vías respiratorias grandes. Está fuertemente asociado con el tabaquismo, por lo que constituye el subtipo más frecuente entre los pacientes fumadores, con una mayor prevalencia en varones.

Las manifestaciones clínicas están relacionadas con la diseminación intratorácica (tos, disnea, dolor torácico, ronquera y/o hemoptisis), siendo éstos los síntomas de presentación más frecuentes, o metástasis a distancia (dolor óseo, síntomas del sistema nervioso central). Uno de cada tres pacientes presenta síndrome general, englobando pérdida de peso, astenia y anorexia.

El tratamiento en fase temprana se fundamente en la cirugía o quimiorradiación definitiva. En estadios avanzados, se valora la QT acompañada o no de cirugía, y RT que suele reservarse para tratamiento paliativo de síntomas derivados de metástasis a nivel óseo o cerebral.

El pronóstico de esta enfermedad empeora de forma exponencial si se diagnostica en estadios avanzados; de allí la vital importancia de realizar un correcto seguimiento y diagnóstico precoz para intentar frenar su avance y evitar su extensión.

Bibliografía

1) Fírvida Pérez, JL., Arias Ron D. y Fernández Calvo, O. Cáncer de Pulmón. Fisterra 2017. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-pulmon/

2) Araujo, L., Horn, Leora et al. Cáncer de pulmón: carcinoma de ppulmón de célula pequeña y de célula no pequeña. Abeloff. Oncología clínica, 69, 1108-1158.

Palabras clave (máximo 3)

Tos. Síndrome general.

477/23. DOCTORA, ME DUELE EL PECHO

Autores:
(1) Sánchez Romero, Marina, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (1) Serrano Llop, Helena, (1) Arroyo Masa, Carlos Javier, (1) Cervera Centenero, Juan Manuel

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (2) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (3) Especialista en Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 53 años sin antecedentes de interés que acude por un dolor de unos 15 días de evolución en hemitórax derecho, localizado a punta de dedo en la región dorsal inferior. Refiere que aumenta con la inspiración profunda y con el decúbito, cediendo parcialmente con analgesia. No refiere otros síntomas respiratorios.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física tiene unas constantes vitales normales. La auscultación cardiopulmonar es normal. Refiere dolor a la palpación en la región inferoposterior de hemitórax derecho. No se palpa contractura de la musculatura dorsal.

Se ajusta la analgesia y se cita al paciente para reevaluación, sin mejoría clínica, refiriendo incluso que el dolor es mayor que en la primera consulta. Solicitamos una radiografía de tórax y de columna torácica, objetivándose en la proyección lateral de la placa de tórax una lesión que impresiona de extraparenquimatosa, con "signo de la embarazada".

Se remitió a Neumología quienes completaron el estudio con un TC torácico que confirma la existencia de una lesión pleural, sin derrame pleural ni alteraciones en el parénquima pulmonar, y un PET-TC donde se ve captación a nivel de la lesión. Se realizó una BAG-TC, sin complicaciones, siendo diagnóstica de tumor desmoide.

El paciente fue remitido entonces a Cirugía torácica, realizándose una resección de la lesión, sin complicaciones durante la cirugía ni en el post-operatorio. El TC de control posterior fue normal.

Juicio clínico

Tumor desmoide pleural.

Diagnóstico diferencial

En este caso, el dolor persistente obligaba a destacar patologías como una posible fractura vertebral o un derrame pleural, por lo que solicitamos las radiografías.

Comentario final

Los tumores desmoides son tumores benignos localmente invasivos que asientan sobre todo a nivel intraabdominal o de la pared torácica o abdominal. Los tumores desmoides intratorácicos son poco frecuentes. Se recomienda la extirpación quirúrgica si es posible. Tienen alta tasa de recidivas.

Bibliografía

1. Meyerson SL, D'Amico TA. Intrathoracic desmoid tumor: brief report and review of literature. J Thorac Oncol. 2008 Jun;3(6):656-9.

2. Penel N, Chibon F, Salas S. Adult desmoid tumors: biology, management and ongoing trials. Curr Opin Oncol. 2017 Jul;29(4):268-274.

Palabras clave (máximo 3)

Tumor, desmoide, pleura.

477/24. ESTA TOS ME ESTÁ MATANDO

Autores:
(1) Sánchez Romero, Marina, (2) Maestro Prada, Isabel, (3) Margallo Iribarnegaray, Juan, (1) Arroyo Masa, Carlos Javier, (1) Cervera Centenero, Juan Manuel, (1) Serrano Llop, Helena

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (2) Especialista en Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid, (3) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial y asma bronquial diagnosticada en la infancia, con uno o dos cuadros de agudización anuales en relación con infecciones respiratorias, en tratamiento con budesonida/formoterol.

Acude al centro de salud por un cuadro de quince días de evolución de tos con expectoración amarillenta y febrícula de hasta 37.5ºC. Refiere además astenia, hiporexia y pérdida de 2 kilos de peso en los últimos dos meses.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta una saturación basal del 96% y roncus en base derecha.

Dadas las alteraciones en la auscultación se solicita una radiografía de tórax para descartar neumonía y se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico.

Tras el inicio del tratamiento el paciente refiere mejoría parcial, aunque persiste con expectoración amarillenta. En la radiografía de tórax presenta una lesión de morfología nodular en lóbulo inferior derecho, por lo que se remite a Neumología para descartar un proceso neoplásico.

Se solicita un TC torácico que muestra engrosamiento de las paredes bronquiales, bronquiectasias y múltiples nódulos centrolobulillares sugestivos de afectación de la vía aérea, el mayor de los cuales corresponde a la lesión visible en la radiografía de tórax. Presenta además un patrón en mosaico producido por atrapamiento aéreo.

Se solicitan cultivos de esputo incluyendo bacterias, hongos y micobacterias, siendo positivos para Mycobacterium avium complex sensible a la claritromicina. Se inicia un régimen de tratamiento con rifampicina, etambutol y azitromicina tres veces por semana, con buena respuesta clínica y negativización de los cultivos.

Juicio clínico

Infección por M. avium complex en paciente con bronquiectasias probablemente secundarias al asma bronquial.

Diagnóstico diferencial

Ante el hallazgo de una lesión con morfología pseudonodular y clínica larvada es de vital importancia descartar una patología neoplásica.

Comentario final

La infección por micobacterias no tuberculosas es una patología cada vez más frecuente en nuestro medio. Es característica de pacientes inmunosuprimidos y de pacientes de edad avanzada en quienes produce el llamado "síndrome de Lady Windermere", con bronquiectasias en lóbulo medio y língula.

Bibliografía

Cowman S, van Ingen J, Griffith DE, Loebinger MR. Non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease. Eur Respir J. 2019 Jul 11;54(1):1900250.

Haworth CS, Banks J, Capstick T et al. British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). Thorax. 2017 Nov;72(Suppl 2):ii1-ii64.

Palabras clave (máximo 3)

Nódulo infección micobacterias.

477/25. ADENOPATÍA QUE AUMENTA DE TAMAÑO: MALA SEÑAL.

Autores:
(1) Sánchez Jaén, Mónica, (2) Peleteiro Cobo, Beatriz, (3) Cubelos Fernández, Naiara, (4) Vázquez Mallada, Delio, (2) Cuadra Sanmiguel, Rebeca

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León

Resumen:

Descripción del caso

Mujer 53 años, fumadora de 4 cigarrillos/día con antecedentes de crisis parciales complejas y ansiedad en tratamiento con clonazepam, lamotrigina, y desvenlafaxina. Antecendentes familiares: Hermana fallecida de Ca de pulmón, Madre y tío fallecidos de Ca de colon. Refería tumoración laterocervical derecha de 4 meses de evolución, dolorosa a la palpación que había aumentado de tamaño estas últimas semanas, no respondió a tratamiento antibiótico. No tos ni disnea ni otros síntomas acompañantes. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Tª 36º, TA: 118/79, FC: 98 lpm, Sat O: 98%.

Lesión en base de la lengua derecha, adenopatía mayor de 1 cm en región laterocervical derecha dolorosa a la palpación, y adenopatía submandibular derecha de 1 cm. ACP: normal, restos sin hallazgos.

Analítica sin alteraciones significativas. Rx tórax: condensación en LID. Se realiza TAC tóracico: Hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar en lóbulo inferior derecho con metástasis pulmonares bilaterales y afectación ganglionar laterocervical y supraclavicular izquierdas, mediastínicas e hiliares bilaterales. Ingresó en Neumología para despistaje: se realizó biopsia de adenopatía cervical: ADC de pulmón estadio IV.

Derivan a Oncología: GFR WT, ALK y ROS1 negativo, PDL 1 desconocido.

Se inició tratamiento con Cisplatino-Pemetrexed-Pembrolizumab.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis pulmonares bilaterales, afectación ganglionar laterocervical y supraclaviculares izquierda, mediastínica e hiliares bilaterales.

Diagnóstico diferencial

Adenopatía infecciosa resistente a antibiótico (Sarcoidosis, Tuberculosis, Sífilis…), hipersensibilidad a fármacos, enfermedades inmunológicas, neoplasias hematológicas, metástasis de tumores primarios.

Comentario final

Las adenopatías son el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Hay multitud de enfermedades que las pueden provocar. Es importante tener en cuenta los antecedentes del paciente así como realizar una correcta anamnesis y exploración física exhaustiva, teniendo en cuenta el tamaño (cuidado si es mayor de 1 cm), localización, naturaleza de la tumoración, consistencia, dolorosas, velocidad de crecimiento… Orientar las pruebas complementarias según la sospecha, siendo la prueba más precisa la realización de una biopsia del ganglio.

Bibliografía

Darling HS, Viswanath S, Singh R, et al. A clinico-epidemiological, pathological, and molecular study of lung cancer in Northwestern India. J Cancer Res Ther. 2020;16(4):771-779.

Palabras clave (máximo 3)

Adenopatía. Neoplasia. Pulmón.

477/26. DERRAME PLEURAL LOCULADO, EMPIEMA: DRENAR!

Autores:
(1) Sánchez Jaén, Mónica, (2) Cuadra Samiguel, Rebeca, (3) Cubelos Fernández, Naiara, (4) Faundez Fernández, Jose Javier, (5) Toranzo Nieto, Santiago

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Noceda del Bierzo. Noceda del Bierzo. León, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 61 años con antecedentes de exfumador, asmático, hidroneumotórax izquierdo espontáneo y foramen ovale persistente, en tratamiento con formoterol/budesonida, bromuro de tiotropio, salbutamol inhalados y clopidogrel. Acudió a Urgencias por bultoma en hemitórax izquierdo, en la zona más. Dolor a ese nivel y secreción espontánea el día del ingreso. No fiebre, ni disnea. Ni otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

TA 126/97mmHg, FC 66lpm. SatO2 94% basal. BEG, NH y NP. Eupneico en reposo y sin O2 suplementario. ACP rítmico sin soplos. MVC disminuido en basa pulmonar izquierda. Sibilancias escasas y diseminadas. No tirajes. Pequeño absceso de 4x4 cm entre lineas axilares y a nivel del 7º espacio intercostal izquierdo con zona central con salida de material seropurulento. No dolor local. Analítica: Hb 10., Linfocitos 5000, neutrófilos 58%, plaquetas 689.000. Cr 0.92. PCR 7.8. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: Derrame pleural izquierdo bajo loculado. Se realizó TAC: empiema torácico izquierdo de 10 x 5 cm. Ingresó en Neumología: Colocaron pig-tail bajo control ecográfico y se inició tratamiento antibiótico. Cultivo de líquido pleural: Estreptococos grupo viridans.

Juicio clínico

Empiema izquierdo por Estreptococos grupo viridans.

Diagnóstico diferencial

Infección, neoplasia, cardiopatía, traumatismo, derrame pleural medicamentoso.

Comentario final

En el estudio del derrame pleural, la anamnesis, la exploración física exhaustiva y la descripción de imagen ayuda a acotar el diagnóstico. En casos de empiema, se tratan de derrame pleurales paraneumónco que no responden a tratamiento antibiótico En derrame pleural se presupone trasudado y no sería necesaria una toracocentesis, en el unilateral sí. Se realiza estudio del líquido, diferenciando entre trasudado (principalmente por insuficiencia cardiaca), y exudado (neoplasias, infecciones) según los criterios de Light. El TAC ayuda a diferenciar una consolidación de un derrame que suele ser hipodenso. Además el pH es el marcados más importante, ya que un pH menor de 7,2 es criterio de empiema y por tanto drenar el líquido e iniciar tratamiento antibiótico.

Bibliografía

Godfrey MS, Bramley KT, Detterbeck F. Medical and Surgical Management of Empyema. Semin Respir Crit Care Med. 2019;40(3):361-374.

Palabras clave (máximo 3)

Empiema. Drenaje.

477/27. CÓMO, DE QUÉ FORMA Y POR QUÉ DE LAS ESPIROMETRÍAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:
(1) Fernández Villar, Jesús, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Arrimada García, Margarita, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) Fernández Diez, Sandra, (6) Fernández Villar, Mª Paz

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Enfermera. Complejo Asistencial Universitario de León. León, (6) Investigadora. Centro de Salud Tábara. Tábara. Zamora

Resumen:

Objetivos

Descripción del motivo de solicitud de las espirometrías (ESP) solicitadas en un centro de salud durante un año.

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Descripción de la calidad de las ESP.

Descripción de los patrones espirométricos de las ESP realizadas.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo, ESP realizadas el año 2019.

Consultadas las historias clínicas informatizadas (Medora) para la revisión de las ESP y recogida de variables: edad, sexo, motivo solicitud de las ESP, tipo de tratamiento broncodilatador.

Resultados

Se realizaron 92 espirometrias en 2019, población de 8962 habitantes mayores de 40 años.

El 58% en mujeres. Edad media 57,8 años (desviación 15,8). Prevalencia de EPOC 3% (n= 268).

Motivo solicitud espirometrías: Seguimiento de EPOC: 17%. Sospecha de EPOC: 16%. Seguimiento de ASMA: 25%. Sospecha de ASMA: 8%. No conocido: 35%. Más frecuente la sospecha de EPOC en hombres p: 0, 0376.

Prevalencia de tabaco en la muestra: No fumadores: 52%. Fumadores: 31%. Exfumador: 9%. No consta: 8%.

Tratamiento: broncodilatador SABA (beta 2 corta acción) 19%, LABA (beta 2 larga acción) 30%, SAMA (anticolinérgico corta acción) 5%, LAMA, (anticolinérgico larga acción) 14%, corticoide inhalado 32%).

Sin tratamiento 68 % (n=62; de éstos el 16 son asmáticos y el 9 EPOC).

Porcentaje de aceptabilidad: 61% aceptable, 39% no aceptables (tos 5%, esfuerzo variable 25%, menos de 6 seg 6%).

Porcentaje patrones espirométricos: normales 61%, obstructivo 15%, restrictivo 11%, mixto 8%, no valorable 5%.

Conclusiones

Número espirometrías insuficientes. Porcentaje de aceptabilidad superior a otros estudios.

Porcentaje alto de mal diagnóstico y de no diagnóstico. Necesaria la FMC y los consensos diagnósticos.

Palabras claves (máximo 3)

Espirometrías.

477/28. UTILIZACION DE BETAADRENERGICOS INHALADOS DE ACCION CORTA EN UNA POBLACIÓN ASMATICA

Autores:

(1) Pinel Monge, Margarita, (2) Ibáñez Cabezas, Lara, (3) Escamilla Guinea, Saioa, (4) Iturralde Iriso, Jesús, (1) CALLEJA PASCUAL, JOSE MANUEL, (5) Mediavilla Tris, Gregorio

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria. Álava, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Habana - Cuba. Vitoria. Álava, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Habana - Cuba. Vitoria. Álava, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osi Araba., (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aranbizkarra I. Vitoria. Álava

Resumen:

Objetivos

Conocer la utilización de betaadrenérgicos inhalados de acción corta en una población asmática de un centro de salud urbano.

Metodología

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se extrajeron los datos de consumo por receta retirada en la oficina de farmacia de betaadrenérgicos inhalados de acción corta en una población asmática de un centro de salud de la ciudad de Vitoria-Gasteiz en el año 2020. Se utilizó el programa informático OSABIDE para extraer las características de la población asmática. Se analizaron los datos con el programa SPSS25.

Resultados

El número de pacientes diagnosticados de asma fue 588, de los cuales eran mujeres 359 (61%). Tenían una edad media de 56,6 +/-21,2 años. Del total de asmáticos, 224 (38%) solicitaron en farmacia con receta betaadrenérgicos inhalados de acción corta. La media de envases solicitados durante el año fue 3,52+/-3,5.(rango 1-29) El 39,1% retiró salbutamol y el 60,9% terbutalina. La cantidad total de envases fue de 788. Si lo analizamos por sexo, las mujeres tenían una edad media de 59,68+/-20,2 años. El 58% retiraron terbutalina y el 42% salbutamol. Retiraron 551 envases en total con una media de envases de 3,65+/- 3,7. Los hombres tenían una edad media de 51+/- 22,1 años. El 46,2% retiraron terbutalina y el 53,8% salbutamol. Retiraron 258 envases con una media de 3,2 +/- 2,8.

Conclusiones

Alta retirada de betaadrenérgicos de acción corta por parte de nuestros pacientes asmáticos, siendo proporcionalmente mas alto en las mujeres.

Palabras claves (máximo 3)

Asma Betaadrenergico.

477/29. EMPIEMA CRÓNICO TUBERCULOSO

Autores:

(1) López Serrano, María Ascensión, (2) Venegas Henquen, Marnie

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 84 años, con hipertensión arterial, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude a consulta de Atención Primaria por episodio compatible con bronquitis y se le pauta un LABA+-CI y antibiótico. A los cuatro meses acude de nuevo solicitando el inhalador porque" le fue muy bien". La auscultación pulmonar es distinta a la previa, y se solicita una radiografía de tórax (RX) por sospecha de neumonía. Tras el resultado patológico de la misma se realiza TAC torácico con diagnóstico de empiema crónico tuberculoso. El paciente no ha precisado ningún tratamiento y está asintomático. Si llegase a presentar

expectoración se recomienda recoger muestra para BAAR y cultivo de micobacterias.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente eupneico, buena coloración piel y mucosas. TA 146/85, FC 56, peso 65 kg, IMC 24.17.

AP: hipoventilación en base de hemitórax derecho respecto al resto. AC: Rítmica.

ESPIROMETRÍA: normal : FVC : 3.26 (111%), FEV1 2.43 (110%), FEV1/FVC :74%.

RX: En la base de hemitórax derecho, lesión con características extrapulmonares con calcificaciones. No existen RX previas para comparar.

TAC torácico: Colección pleural derecha con calcificaciones periféricas abigarradas en cuyo interior hay densidades con valores de líquido con contenido, otras más sólidas y algunas calcificaciones, con engrosamiento pleural con calcificaciones superior a la colección. Áreas de atelectasia en LM y língula. Adenopatías calcificadas en hilio derecho.

Juicio clínico

Empiema crónico tuberculoso.

Diagnóstico diferencial

Tumor fibroso pleural, hematoma calcificado.

Comentario final

El derrame pleural tuberculoso es la causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar en nuestro país. Es casi invariablemente un exudado unilateral, más frecuente en el lado derecho, y la prueba de la tuberculina es negativa en la tercera parte de los casos. El tratamiento es el de cualquier tuberculosis. En grandes derrames, el drenaje torácico contribuye a una mejoría más rápida.

El empiema tuberculoso es poco común, pero su hallazgo frecuentemente requiere decorticación pleural por incapacidad funcional e ineficacia terapéutica al encontrarse un pulmón atrapado, frecuentemente loculado, con pleura engrosada, e inclusive calcificada, que puede dificultar el acceso de los fármacos.

Bibliografía

Ferreiro L, San José E, Valdés L. Tuberculous pleural effusion. Arch Bronconeumol. 2014 Oct;50(10):435-43. doi: 10.1016/j.arbres.2013.07.006. PMID: 24721286. 2.- Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Recommendations of diagnosis and treatment of pleural effusion. Update. Arch Bronconeumol. 2014 Jun;50(6):235-49.doi: 10.1016/j.arbres.2014.01.016. PMID: 24698396.

Palabras clave (máximo 3)

Empiema, tuberculosis, pleura.

477/30. LA COSTILLA DE ADÁN

Autores:
(1) López Serrano, María Ascensión, (2) Venegas Henquen, Marnie

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 70 años que acude a consulta por caída accidental y contusión en hemitórax izquierdo. Tras la exploración se deriva a urgencias para realizar radiografía (RX) y descartar fractura. Se confirma fractura del 6º arco costal izquierdo y se remite a su domicilio con tratamiento analgésico. A los 10 días consulta telefónicamente por persistencia del dolor. A los 25 días del accidente se la cita en consulta presencial para revisión por evolución tórpida del proceso. Se deriva de nuevo a urgencias y tras RX y TAC se diagnostican múltiples fracturas costales y serohemotórax masivo. Ingresa en planta de Cirugía General, y bajo anestesia local se coloca tubo de drenaje endotorácico con salida de 1500cc de líquido serohemático. Evolución favorable y sin secuelas.

Exploración y pruebas complementarias

Primera visita: Dolor a la palpación selectiva de cara lateral costal izquierda en línea medio axilar a la altura de botón mamario. Auscultación pulmonar normal. No lesiones en pared torácica. RX fractura 6º arco costal izquierdo.

Segunda visita: Pálida, asténica, hiporéxica, disnea a moderados esfuerzos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en hemitórax izquierdo casi completo. TA: 135/82. No hematomas.

Analítica: Hemoglobina 11.1 g/dL, proteína C reactiva 80 mg/L. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

RX: Múltiples callos de fractura izquierdos e imagen compatible con derrame pleural.

TAC: Importante derrame pleural izquierdo, atelectasias lobares masivas, colapso prácticamente total del pulmón ipsilateral.

AngioTC: se descartan imágenes sugestivas de TEP.

ECO abdominal: Hematoma subcapsular esplénico.

Juicio clínico

Serohemotórax masivo por múltiples fracturas costales secundario a traumatismo torácico tras caída accidental.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, neumotórax.

Comentario final

Las fracturas costales (FC) son la lesión más frecuente tras un traumatismo torácico siendo las más frecuentes entre el 3º y 9º arco costal. A partir de tres FC, las complicaciones y lesiones extra- torácicas aumentan significativamente, por lo que se ha considerado como indicador de ingreso. El diagnóstico radiológico de las FC aisladas se realiza con RX simple de tórax. La TAC

es importante en la evaluación del hemotórax retenido o en aquel que aparece de forma tardía. En el 80-90% de los casos, el hemotórax se soluciona con la colocación de un drenaje pleural.

Aunque el dolor de las FC es con frecuencia intenso y duradero, es muy importante la re-evaluación del paciente para descartar patologías derivadas de las FC. A veces en una primera RX no se visualizan con claridad todas las FC. Por ello, ante una evolución insidiosa, debemos plantearnos realizar otra RX para descartar FC asociadas u otra patología concomitante.

Bibliografía

Freixinet Gilart J, Ramírez Gil ME, Gallardo Valera G, Moreno Casado P. Traumatismos torácicos [Chest trauma]. Arch Bronconeumol. 2011;47 Suppl 3:9-14. doi: 10.1016/S0300-2896(11)70023-0. PMID: 21640287.

Palabras clave (máximo 3)

Fractura, costilla, hemotórax.

477/31. FIEBRE Y DISNEA EN EPOCA COVID

Autores:
(1) Viñuela García, Nuria, (2) Guerrero Tejera, Ramón, (3) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Pupo Cheng, Miyousi, (6) Fernández Villar, Jesús

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León, (2) Especialista en Medicina del Trabajo. Servucio de Prevención Cualtis. León., (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villalpando. Villalpando. Zamora, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León

Resumen:

Descripción del caso

Aviso domiciliario: Varón de 55 años, fiebre desde hace 4 días y alguna deposición diarreica. Desde el servicio de urgencias del Centro de Salud, el día anterior, en consulta telefónica, se sospechó Enfermedad por coronavirus (al ser al inicio de la pandemia, todavía no se disponía de pruebas de detección desde Primaria), por lo que se le aisló, y se le pautó paracetamol 1gr cada 8 horas.

El paciente vuelve a llamar. por fiebre, ahora de hasta 39ºC, tos con escasa expectoración blanquecina y cansancio.

Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75, alergia a penicilinas. El paciente padece síndrome de Down con escasa capacidad de expresión.

En la exploración física, no presenta adenopatías ni ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca con ritmo sinusal a 100 lpm. Auscultación respiratoria con hipoventilación global con roncus dispersos y crepitantes bibasales. Abdomen y MMII normales.

Ante la sospecha de neumonía bilateral bacteriana más insuficiencia respiratoria, se decide derivación al hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física descrita anteriormente.

TA: 90/60.

SatO2: 88%.

Pruebas hospitalarias:

ECG: Sin alteraciones.

Rx tórax: Condensación en LID y LII.

Hemograma: Hb 14, leucos 7100 (78% neutrófilos), plaquetas 442000.

Bioquímica normal. PCR 159. Pro-BNP 208. PCR para virus respiratorios en frotis nasofaríngeo: positivo para virus respiratorio sincitial, negativo para SARS-COV-2.

Antígenos de Neumococo en orina: positivo.

Juicio clínico

Neumonía neumocócica bilateral.

Diagnóstico diferencial

- TEP
- Vasculitis pulmonares
- Neoplasias
- Edema agudo de pulmón
- Derrame pleural
- Bronquiectasias
- Atelectasias
- Neumonitis aspirativa
- Neumonitis por inhalación, fármacos, tóxicos
- Síndrome de distrés respiratorio agudo
- Enfermedades intersticiales
- Otras neumonías

Comentario final

La pandemia por el coronavirus SARS-Cov-2 ha tenido un impacto inconmensurable en nuestra sociedad y en nuestro sistema sanitario.

El escenario de sobrecarga asistencial dificulta el diagnóstico y tratamiento de complicaciones comunes.

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una enfermedad frecuente, con una incidencia de 1.6-2/1000habitantes/año, aumentando en algunas épocas de año, o en pacientes mayores de 65 años o con comorbilidad múltiple.

El diagnóstico oportuno de la neumonía, es generalmente responsabilidad del médico de Atención Primaria, el primero que ve al enfermo.

Dado que el tratamiento inicial correcto es fundamental para determinar el pronóstico de la enfermedad, el médico de familia debe estar alerta.

Las neumonías bilaterales pueden complicarse, por lo que realizar un correcto diagnóstico diferencial es muy importante.

Por ello el papel del médico de Atención primaria es esencial.

Bibliografía

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

Consenso Nacional 2005. Neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rec Chil Enf Respir 2005;21:69-140

Palabras clave (máximo 3)

Fiebre, Condensación bibasal.

477/32. DERRAME PLEURAL DE ETIOLOGÍA NEOPLÁSICA

Autores:
(1) Andreu Mondón, Joana, (2) Amat Valiente, Yolanda, (2) González Anoro, Eva

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat. Barcelona

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 85 años, fumador activo, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes II, insuficiencia renal y posible EPOC no filiado. Trabajó en la minería. Acude por tos seca de 3 semanas de evolución, dolor pleurítico izquierdo y disnea de medianos esfuerzos. Refiere astenia y pérdida de varios kilos de peso en el último mes.

Exploración y pruebas complementarias

Estado general conservado, constantes mantenidas, febricular. A la auscultación destaca hipofonesis izquierda.

- ECG sin alteraciones
- RX tórax: Aumento densidad en los 2/3 inferiores de hemitórax izquierdo.
- Ecografía pulmonar: imagen hipoecoica en los 2/3 inferiores con trabeculaciones y líneas B.
- Analítica: Destaca leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda.
- Toracocentesis diagnóstica: Líquido serohemático. Proteinas 4'7 g/dl. Glucosa 58mg/dl. Leucocitos 3200 mm3. LDH 3600. pH 7'2.
- TC torácico: Múltiples nodulaciones calcificadas en pleura parietal y adenopatías mediastínicas, sugestivo de mesotelioma maligno

Juicio clínico

Paciente de edad avanzada, extrabajador de la minería, EPOC que presenta derrame pleural izquierdo con pruebas de imagen que sugieren etiología maligna.

Diagnóstico diferencial

- Derrame pleural de etiología infecciosa (paraneumócico, TBC…)
- Derrame pleural en contexto de enfermedad sistémica (insuficiencia cardiaca, síndrome nefrótico, artritis reumatoide, LES, sarcoidosis)
- Derrame pleural en contexto de tromboembolismo pulmonar
- Derrame pleural de etiología neoplásica (metástasis, carcinomatosis pleural, mesotelioma).

Comentario final

El derrame pleural consiste en el exceso de líquido entre la pleura parietal y visceral. La disnea, el dolor torácico y la tos son los síntomas más frecuentes de presentación. Es muy importante la diferenciación entre trasudados y exudados. Los trasudados generalmente suelen deberse a un desequilibrio entre las presiones hidrostática y oncótica en la circulación pulmonar o sistémica (p.e insuficiencia cardiaca) mientras que los exudados se producen por un aumento de la permeabilidad capilar y pleural o por la disminución del drenaje linfático (p.e derrame paraneumónico). Podemos diferenciarlos mediante los criterios de Light que tiene en cuenta el cociente proteínas, cociente LDH entre líquido pleural y suero. La radiografía de tórax, la ecografía y la tomografía computarizada (TC) son las técnicas de imagen más utilizadas para evaluar un derrame pleural. Además siempre será necesaria la realización de una toracocentesis diagnóstica en caso de desconocer etiología. La toracocentesis evacuadora se reserva como medida paliativa o cuando existe compromiso respiratorio. En el caso de nuestro paciente el estudio reveló un mesotelioma pleural maligno como causa del derrame, siendo el principal factor de riesgo la exposición a asbesto en trabajos de minería.

Bibliografía

Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, De Pablos Gafas A, et al. Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumología. 2006;42(7):349-50.

Palabras clave (máximo 3)

derrame pleural, mesotelioma.

477/33. UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE OCULTA EL DIAGNÓSTICO

Autores:
(1) García-Rámila San José, Carmen, (2) De Román Martínez, Blanca Delia

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 73 años que, desde enero de 2020, consulta a su MAP de forma reiterada por cuadro de tos sin expectoración, ruidos torácicos de predominio nocturno y disnea que se agrava de forma progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos. No dolor torácico y astenia intensa. En enero dejó de fumar por aumento y modificación de las características de la tos. Refiere también cambios en la tonalidad de la voz.

Una consulta a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal de días de evolución en fosa iliaca izquierda que se diagnostica de hernia inguinal izquierda. Destacar que se realiza Rx de tórax informada: índice cardiotorácico dentro de la normalidad y sin alteraciones valorables en la densidad pulmonar. Elongación aórtica ascendente y descendente.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, nefrolitiasis, enfisema, angiomas hepáticos y tiroiditis de Hashimoto. Exfumadora desde el 20 de enero de 2020 (55 años/paquete).

Tratamiento: Levotiroxina 75 mgr; Omeprazol 20 mgr; Valsartan160 mgr; Hidroclorotiazida 50 mgr; Citrato potásico 1080 mgr; Atorvastatina 10 mgr; Ácido acetilsalicílico 100 mgr.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneica en reposo. No ingurgitación yugular. Afebril. Peso 59.500 kg; talla 1.63 cm.

Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos, taquicárdica. TA 108/72. Fc 106 ppm.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Buena ventilación global. Sat O2 98-99%. Analítica de sangre y orina con parámetros normales.

PET-TAC de Tórax: masa hiliar paramediastínica derecha, estenosis del bronquio principal derecho con obstrucción completa del LSD. Infiltración de LID.

Broncoscopia: Estenosis bronquio LSD; Infiltración neoplásica LSD y LSI; Adenopatias paratraqueales derechas.

Juicio clínico

Inicialmente se diagnostica de Infección Respiratoria Aguda y se instaura tratamiento antibiótico. En sucesivas consultas, ante la normalidad de la exploración respiratoria, sus antecedentes de tabaquismo y la imposibilidad de realizar espirometría se categoriza como posible EPOC y se pautan inhaladores. En la última consulta, ante la presencia de astenia intensa, disnea de mínimos esfuerzos y taquipnea se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza Rx tórax: ensanchamiento mediastínico con desplazamiento del bronquio principal derecho con imagen de masa en hilio derecho.

Se diagnostica de carcinoma escamoso intraepitelial (T4 N2 M0-IIIB).

Se comienza tratamiento radical con quimioterapia concomitante con radioterapia.

Diagnóstico diferencial

EPOC; Bronquitis asmática; Enfisema.

Comentario final

La paciente comienza con un cuadro de aparente infección respiratoria siendo lo más destacable la disnea que va progresando en intensidad y no se correlaciona con las sucesivas exploraciones presenciales dentro de la normalidad. Una consulta en urgencias hospitalarias, por otro motivo, con realización de Rx tórax informada como normal complica el manejo desde atención primaria al descartar patología respiratoria más grave pero no responder a ningún tratamiento.

El carcinoma escamoso intraepitelial se engloba dentro de los tumores malignos de células no pequeñas de pulmón, siendo los más frecuentes y debutando en la mayoría de los casos en estadios avanzados de la enfermedad.

Bibliografía

Sánchez de Cos J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actual. Arch Bronconeumol. 2009;45:341-8

Rodríguez A, Martín A, Hernández K. Concordancia clínica, tomográfica y anatomopatológica en el cáncer de pulmón. Medisan. 2011;15(5):650-6.

Palabras clave (máximo 3)

Disnea, neoplasia pulmonar.

477/34. PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS: ANAMNESIS MÉDICA MEDIANTE ENTREVISTA REFERENTE A LOS SÍNTOMAS MÁS CARACTERÍSTICOS

Autores:
(1) Hermida Manso, José Luis, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Vicente Montes, Beatriz, (6) Madera González, Enrique

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza II. La Bañeza. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de

Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de León. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benavides de Órbigo. Benavides. León

Resumen:

Objetivos

Efectuar una anamnesis médica en pacientes con diagnóstico de Bronquiectasias mediante entrevista en relación a los síntomas más característicos, detallándose sus frecuencias.

Metodología

Se hizo Estudio de características Descriptivas con una duración de siete meses desde 1/3/2021 hasta 1/10/2021. Se utilizó un modelo de entrevista médica proyectada en pacientes (edad 50-90 años) con diagnóstico de Bronquiectasias desde al menos cinco meses antes (incluyéndose tanto congénitas como adquiridas y tanto aisladas como coexistiendo con otras Patologías Respiratorias) a nivel de Consultas Médicas de Atención Primaria.

La entrevista empleó seis cuestiones relativas a la clínica principal de Bronquiectasias: 1- Halitosis, 2- Tos/crónica, 3- Esputo/maloliente, 4- Dedos/Inflamados, 5- Fatiga, 6- Dolor/Pecho, 7- Ruidos Respiratorios/Sibilancias. Se empleó una Muestra de 200 pacientes y se reflejó una distribución de frecuencias con la respuestas obtenidas.

Resultados

Respuestas/Entrevista:

1. Halitosis: Sí 152/200 (76%); Indeterminado 41/200 (20,50%); No 7/200 (3,50%).
2. Tos/crónica: Sí 167/200 (83,50%); Indeterminado 28/200 (14%); No 5/200 (2,50%).
3. Esputo/maloliente: Sí 143/200 (71,50%); Indeterminado 54/200 (27%); No 3/200 (1,50%).
4. Dedos/Inflamados: Sí 43/200 (21,50%); Indeterminado 148/200 (74%); No 9/200 (4,50%).
5. Fatiga: Sí 124/200 (62%); Indeterminado 70/200 (35%); No 6/200 (3%).
6. Dolor/Pecho: Sí 91/200 (45,50%); Indeterminado 102/200 (51%); No 7/200 (3,50%).
7. Ruidos Respiratorios/Sibilancias: Sí 115/200 (57,50%); Indeterminado 77/200 (38,50%); No 8/200 (4%).

Conclusiones

Los pacientes con Bronquiectasias informan tener síntomas característicos:

- Sintomatología/más prevalente: Tos/crónica (83,50%), Halitosis (76%) y Esputo/maloliente (71,50%).
- Clínica/Habitual: Disnea (62%), Ruidos Respiratorios/Sibilancias (57,50%) y Dolor/Torácico (45,50%).
- Síntoma/infrecuente: Acropaquias con dedos/inflamados (21,50%).

Palabras claves (máximo 3)

Bronquiectasias. Entrevista. Tos.

477/35. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS CRÓNICA: FÁRMACOS VÍA INHALATORIA MÁS UTILIZADOS EN TRATAMIENTO CRÓNICO

Autores:

(1) Hermida Manso, José Luis, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Fernández Villar, Jesús, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Vicente Montes, Beatriz, (6) Madera González, Enrique

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza II. La Bañeza. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de León. León, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benavides de Órbigo. Benavides. León

Resumen:

Objetivos

Realizar una exposición de los fármacos vía inhalatoria más utilizados en el tratamiento/continuado de pacientes con diagnóstico de Bronquitis, aportándose frecuencias.

Metodología

Se desarrolló un Trabajo de Investigación abarcándose ocho meses desde 1/5/2020 hasta 31/12/2020 mediante un Estudio Observacional Longitudinal Retrospectivo en consultas médicas de Atención Primaria. Se utilizó una muestra seleccionada/al azar de 300 pacientes con criterios/inclusión: Tener diagnóstico de Bronquitis en tratamiento/continuado (durante ocho meses) con fármacos/vía Inhalatoria y edad 45-85/años. No se impusieron criterios/exclusión.

La Investigación consistió en realizar una captación de datos procedentes de los historiales/clínicos registrados en ordenador, obteniéndose información respecto a los tratamientos con fármacos/vía inhalatoria (en cualquier/dosis y en cualquier presentación monodosis/en combinación) de pacientes atendidos en consulta/médica. Se hizo una estadística aportándose las frecuencias/observadas.

Resultados

Muestra/300 pacientes= 161 (53,66%) Hombres/139 (46,34%) Mujeres.

Número de casos pacientes/Fármaco inhalado (porcentajes/total de muestra):

- Fluticasona: 51 (17%).
- Budesonida: 49 (16,33%).
- Tiotropio: 48 (16%).
- Salbutamol: 44 (14,66%).
- Vilanterol: 37 (12,33%).
- Formoterol: 33 (11%).
- Beclometasona: 32 (10,66%).
- Umeclidinio: 29 (9,66%).
- Salmeterol: 28 (9,33%).
- Glicopirronio: 27 (9%).
- Terbutalina: 26 (8,66%).
- Ciclesonida: 23 (7,66%).
- Olodaterol: 21 (7%).
- Ipratropio: 20 (6,66%).
- Indacaterol: 19 (6,33%).
- Aclidinio: 16 (5,33%).

Conclusiones

Los pacientes con Diagnóstico de Bronquitis en tratamiento/continuado con fármacos vía Inhalatoria:

- Los más utilizados son (>10%): Fluticasona es el más empleado (17%), Budesonida (16,33%), Tiotropio (16%), Salbutamol (14,66%), Vilanterol (12,33%), Formoterol (11%) y Beclometasona (10,67%).
- Respecto a los grupos/terapéuticos a los que pertenecen los fármacos: Beta-Agonistas son los más usados (69,33%), Corticoides (51,66%), Anticolinérgicos (46,66%).

Palabras claves (máximo 3)

Bronquitis. Inhalatoria. Fluticasona.

477/36. EPOC SEVERO EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA A LOS 17 AÑOS

Autores:
(1) Rodríguez Álvarez, María del Mar, (2) Bron Butera, Daniel, (3) Urra Andarsio, Nelson, (4) Domínguez Dávila, Natalia, (2) Fariña González, Hadrián, (1) Mejía Ganoza, Ione Verónica

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona, (3) Enfermero. Centro de Salud Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona, (4) Investigadora. Centro de Salud Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 78 años, EPOC muy severo desde 2003 (FEV1 del 23%). Fumador de 2-3 paq/d hasta 2007, hábito enólico de 60 g/d, sin alergias. Trabajó en la construcción. IMC 19 con poca masa muscular. Inicialmente a tratamiento con BDLD y corticoides inhalados (BDCD de rescate). Estable hasta 2014 que comienza con agudizaciones más frecuentes (3 agudizaciones, 2 moderadas sin ingreso). Previamente una por año leve-moderada, nunca precisó ingreso. En 2015 tres (dos precisaron ingreso). Tras la primera exacerbación moderada en 2015 se inició tratamiento con triple terapia. En 2017 tras ingreso inicia síntomas depresivos. Siempre ha mantenido saturaciones buenas entre 97-99% hasta 2018 (94-95%). donde se considera situación final de vida por neumología, se inicia oxigenoterapia, morfina y se activa PADES (alta a los 2 meses). Tratamiento dietético y rehabilitador. No deterioro cognitivo. No caídas. Se ha mantenido dentro de su estabilidad clínica. Durante confinamiento ha dejado de salir con empeoramiento de la disnea de reposo e intolerancia progresiva a los esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Hipofonesis global, tórax en tonel, respiración con labios fruncidos. Evolución disnea: 2012 MRC 2, hasta 2015: MRC 3 y desde 2018 MRC 4. IMC 19-20. Espirometria (2003): FVC 30%, FEV1 26%, FEV1/FVC: 55. Espirometría (2019): FVC 2.59L (59%) FEV1 0.87L (29%) FEV1/FVC 33 RX de tórax: tractos fibrocicatriciales biapicales. Signos de enfisema 6mWT: Limitada por desaturación, taquicardia a los 3' (SatO2 86%, FC 140). MRC 3, Tiempo de recuperación a basal: 10". Metros recorridos 120 BODE : 7-9 desde 2015.

Juicio clínico

Paciente EPOC con fenotipo enfisematoso muy severo desde hace 17 años, estabilidad clínica durante más de 10 años y deterioro importante en los últimos 4 años donde se consideró final de vida, con una supervivencia mayor de la esperada a pesar de presentar predictores de mal pronóstico como el IMC, exacerbaciones, grado de obstrucción o el índice BODE, pero sin presentar insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico diferencial

Asma crónica, Insuficiencia cardíaca, Hipertensión pulmonar.

Comentario final

El pronóstico de la EPOC se ha relacionado con múltiples factores. El grado de obstrucción se ha establecido como predictor de supervivencia, siendo el valor postbroncodilatador el que tiene mayor importancia. El riesgo relativo de morir por cada disminución de 1% en el FEV1 en los diferentes estudios, oscila en-

tre 0,94–0,97%. Otros factores relacionados: el índice BODE con un 80% de mortalidad al año entre 7-10 puntos y el IMC bajo.

Bibliografía

Solanes Garcia I, Casan Clarà P. Causas de muerte y predicción de mortalidad en la EPOC [Causes of death and prediction of mortality in COPD]. Arch Bronconeumol. 2010 Jul;46(7):343-6. Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2010.04.001. Epub 2010 May 14. PMID: 20471740.

Escarrabill J, Soler Cataluña JJ, Hernández C, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC [Recommendations for end-of-life care in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. Arch Bronconeumol. 2009 Jun;45(6):297-303. Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2008.11.005. Epub 2009 May 12. PMID: 19442429.

Celli, B. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. NEJM 2004; 350: 1005-1012.

Palabras clave (máximo 3)

EPOC, Supervivencia, Enfisema.

477/37. ESTUDIO DE DERRAME PLEURAL

Autores:
(1) Arroyo Masa, Carlos Javier, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (4) Cervera Centenero, Juan Manuel, (5) Sánchez Romero, Marina, (5) Serrano Llop, Helena

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid, (2) R4 Neumología HU 12 de Octubre, (3) R4 DIgestivo HU Severo Ochoa, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (5) R3 MFyC HU 12 de Octubre

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 25 años sin antecedentes de interés,originaria de Perú y en España desde hace 6 años, que acude al centro de salud por un cuadro de quince días de evolución de dolor en hemitórax derecho/izquierdo que aumenta con la inspiración profunda y con el decúbito lateral de ese lado. Refiere además en los últimos 6 meses astenia y pérdida de unos 5 kilos de peso, sin hiporexia.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente se encontraba eupneica, sin trabajo respiratorio y con una saturación basal del 96%. En la auscultación pulmonar destacaba una hipofonesis basal en hemitórax izquierdo/derecho, por lo que se solicitó una radiografía que confirmó la presencia de un derrame pleural moderado que ocupaba dos tercios del hemitórax.

Se remitió de forma preferente a la consulta de Neumología, donde se realizó una toracocentesis diagnóstica. Los resultados del líquido pleural fueron compatibles con un exudado mononuclear (LDH pleural 325 U/l, proteínas 4.5 g/dl, leucocitos 3200/ micro litro, 90% de mononucleares, ADA 73 U/l) sospechoso de tuberculosis pleural. Los estudios microbiológicos del líquido pleural fueron negativos.

Se solicitaron esputos con tinción de auramina y cultivo de micobacterias que fueron negativos, por lo que se realizó una biopsia pleural cerrada que confirmó la presencia de granulomas necrotizantes sugestivos de tuberculosis pleural, iniciándose tratamiento tuberculostático.

La paciente fue remitida nuevamente a Atención primaria para continuar el tratamiento (2 meses rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol; 4 meses rifampicina e isoniazida) que completó sin desarrollar toxicidad hepática. Tras el tratamiento se resolvió completamente el derrame pleural.

Fue valorada también su pareja, único conviviente, que presentó un Mantoux positivo con radiografía normal por lo que completó quimioprofilaxis con rifampicina e isoniciada durante 3 meses.

Juicio clínico

Derrame pleural tuberculoso.

Diagnóstico diferencial

Ante un exudado mononuclear debemos pensar siempre en tuberculosis o causas malignas, no obstante, dado el origen y la edad de la paciente el derrame pleural tuberculoso era el diagnóstico más probable.

Comentario final

El derrame pleural tuberculoso es una causa frecuente de derrame pleural, sobre todo en pacientes originarios de áreas con alta prevalencia de tuberculosis. El líquido suele ser un exudado mononuclear (puede ser polimorfonuclear en las primeras fases de la evolución) y precisar de una biopsia pleural para el diagnóstico definitivo. El tratamiento se realiza durante 6 meses como en el caso de la tuberculosis pulmonar.

Bibliografía

Shaw JA, Diacon AH, Koegelenberg CFN. Tuberculous pleural effusion. Respirology. 2019 Oct;24(10):962-971.

Antonangelo L, Faria CS, Sales RK. Tuberculous pleural effusion: diagnosis & management. Expert Rev Respir Med. 2019 Aug;13(8):747-759.

Palabras clave (máximo 3)

Derrame pleural; tuberculosis.

477/39. LAS COMPLICACIONES DE UN SÍNDROME DE SJÖGREN

Autores:
(1) Arroyo Masa, Carlos Javier, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (1) Serrano Llop, Helena, (1) Sánchez Romero, Marina, (1) Cervera Centenero, Juan Manuel

Centro de Trabajo:
(1) R3 MFyC HU 12 de Octubre, (2) R4 Neumología HU 12 de Octubre, (3) R4 Digestivo HU Severo Ochoa

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 41 años con antecedentes de artritis reumatoide sin tratamiento y síndrome de Sjögren secundario en tratamiento con lágrimas artificiales a demanda.

Acude al centro de salud por un cuadro de disnea lentamente progresiva durante los últimos 6 meses, que la limita cuando tiene que realizar actividad física y parar subir cuestas o escaleras. No tos ni expectoración. Ocasionalmente refiere sibilancias que aparecen en relación con el ejercicio. Niega síntomas nocturnos.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta una saturación basal del 94% y en la auscultación pulmonar destaca hipofonesis en las bases, con alguna sibilancia aislada.

Se solicitó una espirometría que muestra un patrón obstructivo (FEV1/FVC 57%, FEV1 67%, FVC 81%) y una radiografía de tórax en la que llaman la atención áreas hiperlucentes, sobre todo en la base derecha, que son informadas como posibles bullas.

Ante el patrón obstructivo y la clínica de sibilancias se decidió iniciar tratamiento con beta-2 agonista de larga duración y un corticoide inhalado, con lo que la paciente refirió mejoría en los ruidos respiratorios, pero persistencia de la disnea. Se remitió a Neumología para evaluación.

Dada la radiografía patológica solicitaron un TC torácico en el que presenta varios quistes pulmonares de morfología irregular, algunos de gran tamaño, que dado el contexto clínico fueron sugestivos de una neumonía intersticial linfoide secundaria al síndrome de Sjögren.

La paciente fue valorada también por Reumatología, decidiéndose iniciar tratamiento con prednisona a dosis de 0.5 mg/kg/día con mejoría de la disnea.

Juicio clínico

Neumonía intersticial linfoide secundaria a síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial

Ante un patrón quístico pulmonar la primera actitud es asegurarnos de que estamos realmente frente a quistes y no frente a otras lesiones hiperlucentes que pueden confundirnos como el enfisema o las cavitaciones. Algunas de las causas más frecuentes de patrón quístico pulmonar son la histiocitosis de células de Langherhans, la linfangioleiomiomatosis, la neumonía intersticial linfoide o el síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

Comentario final

La neumonía intersticial linfoide es una enfermedad intersticial rara que frecuentemente es secundaria a enfermedades autoinmunes, sobre todo el síndrome de Sjögren. Cursa con quistes pulmonares y puede provocar también fibrosis pulmonar. El tratamiento se basa en los esteroides.

Bibliografía

Panchabhai TS, Farver C, Highland KB. Lymphocytic Interstitial Pneumonia. Clin Chest Med. 2016 Sep;37(3):463-74.

Luppi F, Sebastiani M, Silva M et al. Interstitial lung disease in Sjögren's syndrome: a clinical review. ClinExpRheumatol. 2020 Jul-Aug;38 Suppl 126(4):291-300.

Palabras clave (máximo 3)

EPID.

477/40. VOLVERÁN LAS OSCURAS GOLONDRINAS

Autores:
(1) Cervera Centenero, Juan Manuel, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (4) Arroyo Masa, Carlos Javier, (5) Serrano Llop, Helena, (6) Sánchez Romero, Marina

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid, (2) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (3) Residente de 4º año de Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid, (6) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica revascularizada con stent en 2008 con función biventricular conservada en el último ecocardiograma de 2016.

Acude al centro de salud por un cuadro de disnea que ha ido progresivamente aumentando hasta hacerse de moderados esfuerzos (mMRC 2), limitándole para subir escaleras o cuestas. Refiere tos seca de forma ocasional. No refiere ortopnea o disnea paroxística nocturna. No edemas en miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta una saturación basal del 95% y crepitantes inspiratorios en ambas bases. La auscultación cardiaca es normal y no tiene edemas en miembros inferiores.

Dados los antecedentes se sospecha una posible insuficiencia cardiaca, por lo que se inicia tratamiento con furosemida y se cita para reevaluación. El paciente acude nuevamente a consulta sin referir mejoría tras el tratamiento diurético.

Se solicita entonces un electrocardiograma que es normal y una radiografía de tórax en la que se objetiva un posible patrón intersticial. Ante los hallazgos se realiza una historia clínica detallada centrándonos en posibles exposiciones que justifiquen el cuadro.

El paciente fue albañil y recuerda que en una ocasión, reparando el tejado de una iglesia, encontraron una zona en la que vivían y anidaban palomas; además había abundantes restos de plumas y excrementos. Tras esto el paciente comenzó con tos y fiebre por lo que su médico lo trató con antibiótico por una posible neumonía. Refiere además que no tiene aves en el domicilio pero hay un árbol muy cerca de la ventana de su habitación donde frecuentemente anidan palomas y cotorras.

Ante la sospecha de una patología intersticial se remitió a Neumología, quienes completaron el estudio con un TC torácico que muestra reticulación, bronquiectasias de tracción y algunas áreas de atrapamiento aéreo. Además solicitaron IgG contra plumas de paloma que fueron positivas, diagnosticándose el paciente de una neumonitis por hipersensibilidad fibrótica. A nivel funcional presentaba un patrón restrictivo leve (FVC 75%, FEV1 82%) por lo que no se inició tratamiento con antifibrótico.

Juicio clínico

Neumonitis por hipersensibilidad fibrótica secundaria a la exposición a aves.

Diagnóstico diferencial

Dados los antecedentes del paciente orientamos el cuadro inicialmente como una descompensación de insuficiencia cardiaca, patología mucho más frecuente. No obstante, el hecho de que presentara un patrón intersticial en la radiografía nos hizo considerar otras causas y realizar una entrevista más detalla.

Comentario final

La neumonitis por hipersensibilidad es una de las enfermedades intersticiales más frecuentes. Es fundamental una historia clínica detallada, haciendo especial hincapié en posibles exposiciones tanto en el domicilio como en el trabajo.

Bibliografía

Spagnolo P, Rossi G, Cavazza A et al. Hypersensitivity Pneumonitis: A Comprehensive Review. J Investig Allergol Clin Immunol. 2015;25(4):237-50

Raghu G, Remy-Jardin M, Ryerson CJ et al. Diagnosis of Hypersensitivity Pneumonitis in Adults. An Official ATS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2020 Aug 1;202(3):e36-e69. doi: 10.1164/rccm.202005-2032ST. Erratum in: Am J Respir Crit Care Med. 2021 Jan 1;203(1):150-151.

Palabras clave (máximo 3)

Neumonitis, EPID, hipersensibilidad.

477/41. ASMA EN TIEMPOS DE COVID

Autores:
(1) De Román Martínez, Blanca Delia, (2) García-Rámila San José, Carmen, (3) Varona Castrillo, Javier, (4) Vicente Martín, Víctor, (5) Pérez González, Aitza Mindre, (5) Halabi Lucero, María de la Paloma

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Burgos Rural Norte. Burgos, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos

Resumen:

Descripción del caso

Varón 70 años ,Índice masa corporal 25,Exfumador hace 40 años, sin criterios Bronquitis crónica. Factores Riesgo Cardiovascular : Dislipemia. Asma bronquial (Test broncodilatador positivo2017) Intervención quirúrgica (IQ)1994 poliposis nasal, pendiente reintervención Estudio Alergología negativo. Accidente tráfico grave con traumatismo craneal y cervical: lesión medular cervical + fractura cervical hace 50 años. Secuela: mielopatía cervical traumática con alteración marcha secundaria . Tratamiento actual: Salmeterol 50 + Fluticasona 250 cada 12h, Atorvastatina 20. Omeprazol esporádico. No alergias medicamentosas conocidas. ANAMNESIS: Refiere varias agudizaciones anuales con disnea que motivan empleo de Corticoides orales ,desde hace unos meses usa Terbutalina 1 / 2 veces al día además de su inhalador habitual .Niega alteración del sueño. Autoescucha muy esporádica de ruidos nasales y bloqueo nasal.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación de oxigeno 94%, Auscultación cardiopulmonar hipoventilación generalizada algún sibilante disperso . Maniobra nasal anormal izquierda.ANALÍTICA:Hemtíes5.20 Hemoglobina 14.7, Hematocrito 46.1, Leucocitos 6.3, neutrófilos 59.4 %, , Linfocitos 23.8 %, , eosinófilos 10.8 %, Plaquetas ,214.000 Glucosa 90, UREA 34 ,acido URICO 5.9, Creatinina 0.77 ,Colesterol 211, cHDL 72, cLDL 124.6, TGL 72 ,T4.libre 1.1, TSH 2.65 .RADIOGRAFÍA TÓRAX : sin hallazgos valorables. TAC FACIAL/SENOS SIN CONTRASTE :Poliposis nasal bilateral de predominio izquierdo. Restos inflamatorios inespecíficos en celdillas etmoidales y senos maxilares.

Juicio clínico

Asma bronquial con reversibilidad total parcialmente controlado . perfil eosinofílico, poliposis nasal pendiente reintervención ,rinitis.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hiperventilación. Fibrosis quística. Bronquiectasias. Insuficiencia cardiaca. Tromboembolismo pulmonar. Enfermedad del parénquima pulmonar. Sinusitis.

Comentario final

El asma , una de las enfermedades crónicas más prevalentes en España que continúa causando muertes. Para alcanzar y mantener el control del asma debemos:1.Determinar de forma objetiva su control: a)

Cuestionarios ACT (Asthma control Test): 14 b)Espirometría NO DISPONIBLE POR COVID -19c) Exacerbaciones: SI .2.-Evaluar la adhesión con método validado: a)Cuestionario TAI -10: 46 puntos: adhesión intermedia, incumplimiento errático , b)TAI-2: 3 puntos incumplimiento inconsciente c)Registro electrónico de fármacos :adhesión intermedia.3.- Revisar la técnica de inhalación: se deriva a enfermería , educación4.- Ajustar / cambiar tratamiento , siguiendo las guías de práctica clínica: se cambia a Fluticasona 184 + Vilanterol 22 ellipta 1 vez al día . Usar a demanda si precisa. FLIXONASE 1 nebulización en cada fosa nasal. Montelukast 10 mg en cena 5.-Seguir periódicamente al paciente: revisión en 15 días 6.-Recomendar vacunación antigripal anual y frente neumococo.

Bibliografía

Global Initiative for Asthma(GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2008 Disponible en: http://www.ginasthma.com/-•British guideline on the management of asthma. Disponible en https://www.sign.ac.uk/sign- 158-british-guideline-on-the-management-of-asthma.

Guía Española para el Manejo del Asma. (GEMA 2009) Disponible en: www.gemasma.com .-Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Disponible en: http://www.avpap.org .-O'Byrne PM, et al. N Engl J Med 2018 May 17; 378 (20): 1865-1876. .-Contoli M, Santus P, Papi A. Small airway disease in asthma: pathophysiological and diagnostic considerations. Curr Opin Pulm Med 2015; 21: 68-73.

Palabras clave (máximo 3)

Asma poliposis nasal.

477/42. DOCTOR, NO ME "ARRANCAN" LAS FLEMAS

Autores:
(1) Cervera Centenero, Juan Manuel, (2) Maestro Prada, Isabel, (3) Margallo Iribarnegaray, Juan, (4) Sánchez Romero, Marina, (5) Serrano Llop, Helena, (6) Arroyo Masa, Carlos Javier

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid, (2) Residente de 4º año de Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid, (3) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid, (6) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 52 años, exfumador desde los 26, con antecedentes de hipertensión arterial y fenómeno de Raynaud con exposición a temperaturas bajas.

Acude al centro de salud por un cuadro de unos 3 meses de evolución de disnea de grandes esfuerzos y tos. Previamente hacía una vida muy activa, incluyendo actividad física intensa como correr o nadar.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta una saturación basal del 98% y tenues crepitantes inspiratorios. Llama la atención la existencia de unas lesiones hiperqueratósicas y con fisuras en la cara lateral de los dedos de las manos, las cuales refiere que aparecieron de forma espontánea hace unos meses y que había puesto en relación con "sequedad de la piel".

Se decidió solicitar una radiografía de tórax que mostraba alguna sutil opacidad alveolointersticial y un leve patrón intersticial en bases. Se solicitó también una espirometría compatible con un patrón restrictivo (FVC 68%, FEV1 71%).

Se remitió a Neumología donde completaron el estudio con un TC torácico en el que se aprecian varias opacidades en vidrio deslustrado y áreas de reticulación sobre todo en bases. Se solicitó también un estudio analítico completo con autoinmunidad en la que destacaba una CK ligeramente elevada (370 UI/l) y unos ANA y antiJo-1 positivo.

Se estableció el diagnóstico de síndrome antisintetasa y se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día con pauta descendente tras las dos primeras semanas, presentando el paciente franca mejoría de la disnea.

Juicio clínico

Síndrome antisintetasa.

Diagnóstico diferencial

Los infiltrados en vidrio deslustrado pueden ser secundarios a múltiples entidades, dentro de las cuales siempre tenemos que considerar las infecciosas, las autoinmunes o la toxicidad farmacológica.

Comentario final

Las miopatías inflamatorias son una enfermedad reumatológica que afecta frecuentemente al pulmón, produciendo un patrón intersticial, típicamente una neumonía intersticial no específica (NINE). El síndrome antisintetasa incluye a un subgrupo de pacientes con anticuerpos antisintetasa junto con alguno de los siguientes: afectación muscular, afectación pulmonar, afectación articular, fiebre persistente no explicada, manos de mecánico o fenómeno de Raynaud.

Bibliografía

Mahler M, Miller FW, Fritzler MJ. Idiopathic inflammatory myopathies and the anti-synthetase syndrome: a comprehensive review. Autoimmun Rev. 2014 Apr-May;13(4-5):367-71.

Labirua-Iturburu A, Trallero Araguás E, Selva O'Callaghan A. Síndrome por anticuerpos antisintetasa [Anti-synthetase syndrome]. Med Clin (Barc). 2011 Jun 11;137(2):77-83.

Palabras clave (máximo 3)

Neumonitis,miopatía, conectivopatía.

477/43. LA TOS NO ERA POR LOS IECAS

Autores:
(1) Serrano Llop, Helena, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (1) Sánchez Romero, Marina, (1) Cervera Centenero, Juan Manuel, (1) Arroyo Masa, Carlos Javier

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (2) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (3) Médico Jubilado Especialista en Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 61 años, exfumador desde 2014 con un consumo acumulado de 40 paquetes-año, y antecedente de hipertensión arterial de reciente diagnóstico.

Acude al centro de salud por un cuadro de tos seca de aproximadamente un mes de evolución, que empeora con el decúbito y le dificulta conciliar el sueño. Interrogándole refiere disnea de grandes esfuerzos (mMRC 1) de un año de evolución que aparece al subir cuestas o escaleras, que había atribuido "al tabaco". No refiere clínica de reflujo gastroesofágico ni goteo post-nasal.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta una saturación basal del 98% y crepitantes inspiratorios en ambas bases.

El paciente había iniciado recientemente el tratamiento antihipertensivo con lisinopril por lo que se interpretó como posible causa de la tos y fue sustituido por una tiazida, citando al paciente para reevaluación en quince días. No obstante, dados los antecedentes de tabaquismo, se solicitó también una espirometría con test broncodilatador y una radiografía de tórax, para descartar una posible enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se reevaluó al paciente que no refería mejoría tras el cambio del antihipertensivo. La espirometría presentaba un patrón restrictivo (FVC 65%, FEV1 67%, FEV1/FVC 85%, test broncodilatador negativo) y en la radiografía de tórax se apreciaba un sutil patrón intersticial en bases por lo que se remitió a Neumología.

En consulta de Neumología se amplió el estudio con una historia de exposiciones en el domicilio y laboral detallada, una analítica completa con autoinmunidad y un TC torácico en el que presentaba un patrón de neumonía intersticial usual (NIU). Dada la ausencia de otras causas el paciente fue diagnosticado de fibrosis pulmonar idiopática y se inició tratamiento con pirfenidona.

Juicio clínico

Fibrosis pulmonar idiopática.

Diagnóstico diferencial

Existen múltiples enfermedades que pueden cursar con un patrón intersticial (neumoconiosis, neumonitis por hipersensibilidad, conectivopatías, toxicidad farmacológica, sarcoidosis…) por lo que es fundamental ayudarnos de una historia clínica detallada y determinaciones analíticas para hacer un diagnóstico correcto.

Comentario final

La fibrosis pulmonar idiopática es la enfermedad pulmonar intersticial difusa más frecuente. Su diagnóstico puede ser realizado de forma clínico-radiológica en pacientes con una clínica compatible y un patrón NIU en el TC torácico, una vez descartadas otras causas. El tratamiento con antifibróticos ha de iniciarse de forma precoz para evitar la progresión de la enfermedad.

Bibliografía

Lederer DJ, Martinez FJ. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. N Engl J Med. 2018 May 10;378(19):1811-1823.

Raghu G, Remy-Jardin M, Myers JL et al. American Thoracic Society, European Respiratory Society, Japanese Respiratory Society, and Latin American Thoracic Society. Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Sep 1;198(5): e44-e68.

Palabras clave (máximo 3)

Fibrosis pulmonar idiopática.

477/44. LA NEUMONÍA QUE NO MEJORÓ CON ANTIBIÓTICOS

Autores:
(1) Serrano Llop, Helena, (2) Margallo Iribarnegaray, Juan, (3) Maestro Prada, Isabel, (4) Arroyo Masa, Carlos Javier, (4) Cervera Centenero, Juan Manuel, (4) Sánchez Romero, Marina

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid., (2) Residente de 4º año de Neumología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid., (3) Especialista en Gastroenterología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid., (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 62 años, exfumadora desde 2008 con un consumo acumulado de 25 paquetes-año y antecedentes de hipertensión arterial que consulta en el centro de salud por un cuadro de 3 días de evolución de tos seca y disnea de grandes esfuerzos. Refiere fiebre de hasta 38.5ºC.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente se encontraba eupneica, sin trabajo respiratorio y con una saturación basal del 95%. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes inspiratorios bilaterales.

Ante la sospecha de neumonía adquirida en la comunidad se solicitó una radiografía de tórax en la que presenta infiltrados alveolares en. Dado el buen estado general de la paciente (escala CRB-65 0 puntos) se decidió iniciar tratamiento antibiótico con amoxicilina 1 gramo cada 8 horas durante 7 días.

La paciente acude nuevamente a los 2 días por empeoramiento de la disnea que se ha hecho de mínimos esfuerzos y persistencia de la fiebre, a pesar de haber iniciado el tratamiento antibiótico. Presenta una saturación basal del 88% por lo que se remite a Urgencias.

A su llegada se realiza analítica en la que destacan 17.800 leucocitos/microlitro con neutrofilia y una proteína C reactiva de 25 mg/dl y gasometría arterial en la que presenta insuficiencia respiratoria aguda (pH 7.46, pCO2 34 mmHg, pO2 54 mmHg).

Se repite radiografía de tórax en la que persisten los infiltrados y se descartan otras complicaciones. Dada la mala evolución se amplia la cobertura antibiótica, se inicia oxigenoterapia y se ingresa a la paciente, a pesar de lo cual la evolución no es satisfactoria persistiendo la insuficiencia respiratoria y los infiltrados pulmonares.

Se realiza broncoscopia para obtención de cultivos que son negativos y una biopsia transbronquial que confirma el diagnóstico de neumonía organizada. Se inicia tratamiento con prednisona 60 mg cada 24 horas en pauta descendente, con rápida resolución de los infiltrados pulmonares.

Juicio clínico

Neumonía organizada criptogenética.

Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de un cuadro respiratorio agudo con fiebre e infiltrados en la radiografía hemos de sospecha siempre una neumonía bacteriana. No obstante, en casos de mala respuesta al tratamiento antibiótico hay que descartar otras causas como la neumonía organizada, el linfoma pulmonar o el carcinoma bronquioloalveolar.

Comentario final

La neumonía organizada es una enfermedad infrecuente que habitualmente es secundaria a otros procesos (infecciones, fármacos, enfermedades autoinmunes…) pero que puede ser también primario o criptogenética como en nuestro caso. Habitualmente tiene buena respuesta al tratamiento con corticoides.

Bibliografía

Cordier JF. Cryptogenic organising pneumonia. Eur Respir J. 2006 Aug;28(2):422-46.

Drakopanagiotakis F, Polychronopoulos V, Judson MA. Organizing pneumonia. Am J Med Sci. 2008 Jan;335(1):34-9.

Palabras clave (máximo 3)

Neumonía, organizada, criptogenética.

477/45. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: A TENER EN CUENTA

Autores:
(1) Gutiérrez Pereira, Paula, (2) Marabé Hernández, Luis, (3) Cruz Romo, Marta, (4) Quirós Ambel, Candela María, (5) Leal Correa, Bartolomé

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 66 años con AF de padre y hermano fallecidos por cáncer de pulmón y los AP siguientes: HTA, DLP. Exfumador hace un año, ICAT (40 paquetes/año). Obesidad tipo I (IMC: 32). EPOC GOLD A y SAHS severo (IAH: 58/h) en tratamiento con CPAP y en seguimiento por Neumología. En tratamiento con Amilorida, hidroclorotiazida, rosuvastatina y doble broncodilatación (umeclidinio + vilanterol). Acude a consulta refiriendo inflamación facial y parpebral de una semana de evolución que el paciente relaciona con la toma de azitromicina por infección respiratoria, con escasa mejoría clínica a pesar de estar en tratamiento con corticoterapia y antihistamínicos pautados desde urgencias, acompañándose recientemente de inflamación a nivel cervical, sensación de opresión faríngea y dificultad para la deglución. No disnea ni síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

BEG.VOC. Eupneico en reposo (Sat 99%), tolera decúbito. Normohidratado, normoperfundido, rubor facial. TA: 130/ 80 mmHg, FC: 65 lpm. Tº: 36,5ºC.

- Cabeza y cuello: edema y eritema facial, con facies abotargada. No adenopatías palpables, leve ingurgitación yugular. Distensión de vasos subcutáneos en región anterosuperior del tórax.
- CxP: rítmico controlado, sin soplos audibles. Disminución del murmullo vesicular con algún roncus disperso. Resto de exploración anodina.
- Se solicita analítica completa, radiografía y TAC de tórax preferente para completar estudio:
- En la analítica solo destaca una leve leucocitosis con neutrofilia (L 13.700 mil/mm3, N 11.900 mil/mm3) y una discreta elevación de LDH y fibrinógeno.

Ante los hallazgos en las pruebas de imagen (añado 3 imágenes) se decide derivar al servicio de Urgencias quienes cursan ingreso en Neumología.

Juicio clínico

Masa broncopulmonar a estudio con invasión mediastínica y compromiso de la vena cava superior (VCS). Síndrome de vena cava superior (SVCS).

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), Síndrome de Cushing, obstrucción linfática, síndrome nefrótico, Linfoma no Hodking, timoma, teratoma etc.

Comentario final

El SVCS es el conjunto de signos y síntomas derivados de la obstrucción VCS. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, consistiendo la triada clásica en edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral, aunque también es habitual que aparezcan síntomas respiratorios como la disnea. Es importante sospecharlo desde Atención Primaria y confirmarlo mediante el empleo de pruebas de imagen accesibles, como son la radiografía o el TAC de tórax, con el objetivo de conseguir un diagnóstico precoz y mejorar la esperanza de vida de nuestros pacientes, ya que la etiología más frecuente es la maligna, siendo el cáncer de pulmón la causa más frecuente.

Bibliografía

De las Heras García B, Jiménez Gordo AM, Casado Saenz E, Zamora Auñón P, Cantalejo Moreira M, González Barón M. Síndrome de vena cava superior: presentación de seis casos. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 369-372.

Pech-Alonso Baltazar, Arredondo-Ruiz Pedro, González-Galván Luis Mario, Fermín-Hernández Cruzilet. Síndrome de la vena cava superior: diagnóstico y tratamiento. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 Jun[citado 2021 Abr 09]; 34(3):403-411.Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186 48662018000300008&lng=es.https://doi.org/10.24245/mim.v34i3.1547.

Palabras clave (máximo 3)

Masa, edema, SVCS.

477/46. PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN

Autores:
(1) Viñuela García, Nuria, (2) Guerrero Tejera, Ramón, (3) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (4) Arrimada García, Margarita, (5) Pupo Cheng, Miyousi, (6) Fernández Villar, Jesús

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boñar. Boñar. León, (2) Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Cualtis. León., (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villalpando. Villalpando. Zamora, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santa María de Ordas. Santa María de Ordás. León

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 80 años que acude por cuadro de 3-4 días de evolución de parestesias-disestesias y pérdida de fuerza en MSD. Niega disnea, astenia, anorexia, pérdida de peso o cefalea. No tos, expectoración ni fiebre.

Vive solo, hace años que no va a consulta médica. Independiente para ABVD. Trabajó en manofacturas. Fumador de 80 paquetes/año. Bebedor habitual. No toma medicación.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 104/58, FC 82, Glucemia capilar 145, Sat. O2: 92%.

Afebril, eupneico en reposo.

AC: rítmico, no soplos audibles. AP: Hipofonesis en hemitórax izquierdo sin otros ruídos sobreañadidos. Abdomen normal.

Exploración neurológica normal salvo hipoestesia en MSD sin otras alteraciones groseras de la sensibilidad.

Desde Atención Primaria, se pide analítica y Rx tórax.

Hemograma: Hb 10.7, VCM 86, leucos 13100 (85.4% neutrófilos).

Bioquímica: PCR 63.3.

Rx tórax: Gran masa en hemitórax izquierdo que contacta con el hilio pulmonar y con la superficie pleural.

Derrame pleural izdo. Hiperinsuflación y borrosidad de la trama broncovascular, por enfisema en hemitórax derecho.

Se deriva a hospital donde completan el estudio.

Broncoscopia: Masa endobronquial con alta sospecha de malignidad.

Toracocentesis: con líquido linfoplasmocitario altamente celular con población morfológicamente madura.

TAC toracoabdominal: masa redondeada en LSI con centro hipodenso que contacta ampliamente con pleura.

Tac cerebral y gammagrafía ósea: Sin evidencia de metástasis.

Biopsia bronquial: Ca epidermoide.

Juicio clínico

Neoplasia broncogénica Ca epidermoide T4N2M1a.

Diagnóstico diferencial

- Tumores primarios benignos: Hamartomas
- Tumores malignos secundarios: Metástasis
- Tuberculosis pulmonar
- Absceso bacteriano
- Aspergilosis

Comentario final

El cáncer de pulmón es el tumor con mayor mortalidad global en España (el primero en hombres y el tercero en mujeres).

Puedes ser microcítico o de células pequeñas (20-25%) o no microcítico (75-80%).

Cerca del 25% son asintomáticos y se detectan de forma accidental en imágenes de tórax. Los signos y síntomas son consecuencia de la progresión tumoral local, la diseminación regional o las metástasis a distancia.

Más del 70% de los pacientes debutan con enfermedad avanzada, lo que imposibilita la resección curativa, las posibilidades terapeúticas son quimioterapia y radioterapia paliativa.

Desde Atención Primaria, debemos estar alerta a manifestaciones clínicas con tos persistente, dolor torácico, disnea, hemoptisis, ronquera, voz bitonal, o síntomas de enfermedad metastásica o paraneoplásica.

Debido a la escasa supervivencia global, debemos anticiparnos a los cuidados paliativos para control de síntomas como la disnea, dolor, ansiedad, naúseas, anorexia para confort del paciente y tranquilidad de la familia.

Bibliografía

A López Encuentra y N Llobregat Poyán, eds. Cáncer de pulmón. Monografías de las Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Ed DOYMA, Barcelona 2002

Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa actualizada (1998) sobre diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1998; 34: 437-452

Palabras clave (máximo 3)

Carcinoma epidermoide.

477/47. DR. ME DUELE LA MANO

Autores:
(1) Herrero Alonso, Cecilia, (2) Bermúdez Mateu, Marta, (2) Bravo Roncero, Ana Maria, (1) Rodriguez Correro, Beatriz, (2) Martin Lopez, Patricia, (3) López Lifante, Victor Miguel

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palau-Solità i Plegamans. Palau-solità i Plegamans. Barcelona, (2) Enfermera. Centro de Salud Palau-Solità i Plegamans. Palau-solità i Plegamans. Barcelona, (3) CAP Palau Solità I Plegamans

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 62 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, tabaquismo (40cig/día) desde los 18 años. Presenta dolor a nivel de articulación metacarpo-trapezoidal de mano derecha, EVA 7. Trabaja en fábrica como operario. Se le pauta naproxeno y reposo. Una semana más tarde reconsulta con el mismo profesional porque el dolor persiste y se acompaña de tumoración.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza RX en la que se objetiva lesión lítica a nivel de base de primer metacarpiano derecho asociado a gran masa de partes blandas. De forma urgente se realiza RMN que confirma la lesión ósea lítica, gran masa de partes blandas y patrón de edema-infiltración de la musculatura tenar. La tumoración tiene contornos irregulares y 35 mm de diámetro. Se prosigue con la biopsia de la lesión; la anatomía patología demuestra M1 ósea de adenocarcinoma pulmonar. Se inicia estudio de lesión primaria con TAC torácico en el que se confirma masa pulmonar en LSD con extensión adenopática hiliar y mediastínica . A la exploración la auscultación respiratoria es normal, la saturación de oxígeno es del 98%, mMRC grado 0 y la espirometria muestra patrón obstructivo leve. En la analítica destaca Hb1Ac elevada. Se orienta como carcinoma escamoso de pulmón cT4N2M1.

Juicio clínico

Inicialmente se orienta como patología osteomuscular de carácter leve. Ante la tórpida evolución del dolor y la aparición de una tumoración local añadido a que fue valorado por el mismo médico hizo sospechar una patología de mayor índole que se confirma tras pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial

Es importante, dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor musculoesquelético, tener presente la patología tumoral, especialmente en pacientes que tienen factores de riesgo como el tabaquismo. Es difícil diagnosticar clínicamente un tumor, pero se debe sospechar cuando el dolor es continuo, se mantiene en reposo y no mejora con el tratamiento analgésico. Ante un dolor de estas características se debe realizar una radiografía simple, ya que es una prueba que aporta gran información. En las edades medias de la vida, y principalmente cuando es mayor de 60 años, el diagnóstico diferencial comprende en primer lugar un origen metastásico y en segundo lugar un tumor primario, como el tumor de células gigantes o el osteosarcoma. Dentro de las estirpes tumorales de pulmón, la que presenta una mayor frecuencia de metástasis óseas es el cáncer no microcítico, la mayoría de ellas (66%) detectadas en el momento del diagnóstico inicial.

Comentario final

A pesar de que los síntomas más frecuentes del cáncer de pulmón sean la tos persistente, hemoptisis y síndrome tóxico se ha de tener en cuenta ante manifestaciones atípicas como puede ser el dolor óseo.

Bibliografía

Diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar por metástasis ósea en cadera Diagnosis of Pulmonary Adenocarcinoma Due to Hip Bone Metastasis Jose Pablo Puertas García-Sandoval, Antonio Valcárcel Díaz??, Jose Andrés Calatayud Mora Unidad de Tumores, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-pulmon?showall=1

Palabras clave (máximo 3)

Dolor Tumoración Cancer de Pulmón.

477/49. ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER

Autores:
(1) Razak Soriano, Maryam, (2) Leal Correa, Bartolomé, (3) Sánchez Gómez, Casimiro

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Paciente mujer 44 años, AP tabaquismo y fibromialgia, acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos, que mejora con decúbito, de dos semanas de evolución y sudoración profusa en el sueño. No edemas MMII, no dolor torácico. No síndrome constitucional ni fiebre. No sangrado, no cambio ritmo intestinal. Ante la exploración se solicita analítica completa y radiografía de tórax y se pauta tratamiento con broncodilatadores. Se solicita antes los hallazgos de la radiografía, TAC tórax y tras los resultados se deriva a Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación O2 92%.

ACP: rítmica, hipofonesis global. MMII: no edemas.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal.

Radiografía de tórax: imagen nodular basal izquierda.

TAC tórax: En lóbulo medio e inferior izquierdo varios nódulos arracimados compatibles con MAV pulmonares.

Juicio clínico

Enfermedad Rendu-Osler-Weber.

Diagnóstico diferencial

Esclerosis sistémica, MAV aisladas, síndromes por anomalías vasculares.

Comentario final

Enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria, es un trastorno hereditario que afecta a la angiogénesis con una herencia AD y una prevalencia de 1 /6.000, se asocia a dos genes ENG o ACVRL1. Clínicamente pueden ser asintomáticos o manifestarse con cianosis, poliglobulia, acropaquias, epistaxis, telangiectasias mucocutáneas y MAV viscerales. Es característica la platipnea y ortodesoxia. Radiológicamente es característica una imagen de masa homogénea, redondeada en lóbulos inferiores, en la que se pueden identificar vasos. El diagnóstico se confirma por arteriografía y estudio genético. El tratamiento consiste en la prevención de las complicaciones (riesgo de sangrado) y cirugía.

Bibliografía

McDonald J, Bayrak-Toydemir P. Hereditary hemorrhagic telangiectasia. haematologica 2005; 90: 728-32

Palabras clave (máximo 3)
Malformaciones arteriovenosas, disnea.

477/50. DOCTORA TENGO FIEBRE Y ASTENIA: SALVADO POR UNA PIPA

Autores:
(1) González Carranza, Silvia Mª, (2) Larrea Rodríguez, Nerea, (3) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (4) Arrimada García, Margarita

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eibar. Eibar. Guipúzcoa, (2) Especialista en Odontología. Centro de Salud Deusto. Bilbao. Vizcaya, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 53 años que acude por febrícula y hemoptisis. El día 04/01/21 comienza con febrícula intermitente, de predominio vespertino y bien tolerada. 2 pruebas para descartar.

Covid-19 que fueron negativas. Además, comenzó con dolor a la inspiración profunda en hemitórax izquierdo. Desde hace dos días, además, esputos hemoptoicos, motivo por el que acude a PAC de Eibar, realizan Rx y se observa imagen nodular. Ingresa para estudio.

El paciente niega sindrome constitucional. No aumento de tos. No otra sintomatología.

Refiere además que en semanas previas ha estado con dolor e inflamación de encía izquierda por una cáscara de pipa que se le clavó en la misma.

Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: Ex-fumador desde hace 3 años. Previamente fumador durante 30 años (3-4 puritos al día). Glaucoma. Pólipos colónicos, en seguimiento por Digestivo (le tocaría nueva EDB en unos meses).

En Tratamiento habitual: Timolol oftálmico.

Situación funcional basal: IABVD. Trabaja en oficina.

Exploración y pruebas complementarias

TA 122/66mmHg, FC 107lpm, FR 15rpm, SatO2 97%, Tª 37.2ºC.

ANALÍTICA: Hb 14, VCM 97, leucocitos 11300 (87%N), PQ 310000. INR 1.1 Glucosa 213 (no ayunas), urea 25, Cr.

0.91, Na 135, K 4.1. PCR 14.

GV: pH 7.37, pCO2 53, Bi 30.6.

PCR Covid-19 e Influenza A y B: No detectables.

Cultivo de esputo: negativo.

Cultivo de aspirado por PAAF-TAC de nódulo pulmonar: crecimiento de estreptococo spp (probable oralis), sensible a amoxicilina.

RX TÓRAX al ingreso: ICT normal. Imagen nodular en LSI de bordes bien definidos.

ECG al ingreso: Ritmo sinusal a 94 lpm. BIRDDHH.

TAC TORACO-ABDOMINO-PÉLVICO: lesión nodular de 3 cm de diámetro en segmento anterior de LSI en contacto parietal y con patrón alveolar-Vidrio deslustrado periférico.

Juicio clínico

Absceso pulmonar LSI (Versus nódulo necrosado y sobreinfectado).

Hemoptisis leve secundaria.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia pulmonar LSI.

Absceso pulmonar LSI (Versus nódulo necrosado y sobreinfectado).

Hemoptisis leve secundaria.

Comentario final

El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón caracterizada por una lesión cavitaria repleta de pus. Normalmente es causado por la aspiración de secreciones bucales . Los síntomas son tos persistente, fiebre, sudores y pérdida de peso. El diagnóstico se basa sobre todo en la radiografía de tórax. El tratamiento suele realizarse con clindamicina o una combinación de beta-lactámicos/inhibidores de la beta-lactamasa.

Bibliografía

Deans Gt, Krukowski Zh, Irwin St. Malignant Obstruction of the Left Colon. Br J Surg 1994; 81: 1270-6. 1. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D, Kioumis I, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. Ann Transl Med. 2015 Aug;3(13):183. https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.07.08.

Anderson E, Mason S. Empiema y abscesos pulmonares. En: Tintinalli J, Stapczynski J, Ma J, Yealy D, Meckler G, et al. Tintinalli: Medicina de urgencias. 8e. New York, NY: McGraw-Hill; 2018.

Palabras clave (máximo 3)

Absceso pulmonar.

477/51. PULMÓN BLANCO

Autores:
(1) Marabé Hernández, Luis, (2) Quirós Ambel, Candela María, (3) Cruz Romo, Marta, (4) Gutiérrez Pereira, Paula, (5) Leal Correa, Bartolomé

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 62 años, con antecedentes de HTA, DM, DLP, SAHS, obesidad mórbida y EPOC GOLD-2, con tabaquismo activo. Intolerancia a salbutamol. En tratamiento con ipatropio, budesonida, fluticasona y triple terapia con beclometasona, formoterol y glicopirronio. Uso de CPAP. Acude por aumento de disnea habitul en las últimas dos semanas, disfonía de un mes de evolución y repetidos presíncopes. Tos, no más de la habitual. Se solicita radiografía de tórax preferente y consulta a ORL y neumología (ya en seguimiento por este servicio).

Exploración y pruebas complementarias

- Constantes vitales: FC: 94 lpm. Sat O2: 94-95%. TAS: 142. TAD: 88
- Exploración física: regular estado general, disneico, no tolera decúbito, si sedesación.
- AC: rítmico, no soplos.
- AP: hipofonesis en hemitórax izquierdo, con roncus y crepitantes dispersos.
- Rx tórax: pulmón izquierdo blanco.

Ante los hallazgos de la radiografía de tórax y empeoramiento del estado general del paciente, con aumento de su disnea (sat O2 91%) se decide derivar a urgencias donde se realiza ingreso en neumología, donde se realiza:

- Toracocentesis diagnóstica y evacuadora de urgencias: no consiguen líquido pleural.
- TAC de tórax: masa pulmonar de gran tamaño en lóbulo superior izquierdo que infiltra arteria pulmonar y cayado aórtico. Masa hiliar. Atelectasia y mínimo derrame.

Juicio clínico

Neoplasia pulmonar infiltrante. Evaluado por comité de tumores, sin posibilidad de tratamiento curativo. Rechaza resto de opciones terapéuticas. Actualmente en seguimiento por cuidados paliativos, con estabilidad hemodinámica.

Diagnóstico diferencial

Reagudización EPOC, derrame pleural, atelectasia, neoplasia pulmonar….

Comentario final

Destacar la importancia en el seguimiento estrecho de pacientes con enfermedades crónicas, en este caso EPOC, y la relevancia de que el paciente siga las pautas propuestas (en este caso, a pesar de varios intentos de deshabituación tabáquica, continúa con tabaquismo activo hasta el día de hoy).

La importancia del abordaje del paciente de forma global, evitando encasillarlo en una enfermedad concreta.

Como ejemplo este caso, que a parte tener en cuenta la EPOC, debemos pensar en otras enfermedades relacionadas los antecedentes y la clínica del paciente como procesos neoplásicos, procesos bacterianos o víricos...

Palabras clave (máximo 3)

Pulmón blanco, neoplasia.

477/52. NO TODOS LOS CATARROS SON IGUALES

Autores:
(1) Faundez Fernández, Jose Javier, (2) Sánchez Jaén, Mónica, (3) Vázquez Mallada, Delio, (4) Faúndez Fernández, Antonio, (5) Toranzo Nieto, Santiago, (6) Rojas, Nerea

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León, (4) Residente de 1er año de Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León, (6) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 55 años con antecedentes de DM tipo I, no hábitos tóxicos, no antecedentes laborales destacables, no TB ni contacto, no familiares con diagnóstico de asma bronquial. Acudió a consulta de su MAP por accesos de tos de varias semanas de duración no acompañada de fiebre ni síntomas alérgicos. Niega dolor torácico, no expectoración ni incremento del esputo, no autoescucha de sonidos pulmonares. No clínica neurológica. Niega pérdida de peso ni diaforesis nocturna. En tratamiento con Escitalopram, Alprazolam, Metamizol, Rosuvastatina/Ezetimiba Zolpidem, Pantoprazol, AAS, Nimodipino, Hierro Oral e Insulina Degludec.

Exploración y pruebas complementarias

TA 143/86mmHg, FC 80lpm. SatO2 97% basal. BEG, NH y NP. Eupneica en reposo. ACP rítmico sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. No tirajes. No dolor a la inspiración ni palpación torácica. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización ni signos agudos de isquemia. Rx tórax: Condensación pulmonar en LSI. Se realizó TAC Torácico tras derivación a servicio de Neumología por persistencia de tos pese a tratamiento óptimo y hallazgos en Rx: Masa en Lóbulo superior izquierdo, espiculada de 27x27 mm, que se extiende hacia mediastino. Hallazgos compatibles con carcinoma broncogénico. Se citó de forma preferente con servicio de Oncología, desde el cual se realiza TAC Craneal: Lesión nodular densa de 7 mm en hemisferio cerebeloso izquierdo y otra de las mismas características, de 10 mm en el derecho. Masa densa en lóbulo occipital derecho de 3,8 cm asociada a edema periférico. Nódulo denso de 4 mm en lóbulo frontal izquierdo. Hallazgos compatibles con metástasis cerebrales y cerebelosas.

Tras esto se biopsia masa pulmonar, con resultados de AP de Adeconarcinoma pulmonar cT1cN3M1c con PDL-1 0% y ALK negativo.

Juicio clínico

Adeconarcinoma pulmonar cT1cN3M1c.

Diagnóstico diferencial

Catarro, infección respiratoria, neoplasia, ansiedad.

Comentario final

En el subsiguiente seguimiento por parte del servicio de Oncología se pauta Dexametasona por metástasis cerebrales y se piden biomarcadores, detectándose mutación del gen EGFR, asociada a sensibilidad a fármacos inhibidores de tirosina-quinasa, por lo que se inicia tratamiento con Osimertinib a dosis de 80mg/día ya que la gran mayoría de estudios realizados sugieren que la terapia COMBO en pacientes con mutaciones en el gen EGFR no resulta efectiva.

Bibliografía

Emergence of novel and dominant acquired EGFR solvent-front mutations at Gly796 (G796S/R) together with C797S/G and L792F/H mutations in one EGFR (L858R/T790M) NSCLC patient who progressed on osimertinib. Lung Cancer, Volume 138, December 2019.

Palabras clave (máximo 3)

Catarro Cáncer Metástasis.

477/53. ENDOMETRIOSIS PLEURAL

Autores:
(1) Boillat Oriani, Gerardo Andrés

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 23 años. Natural de Guinea Ecuatorial. Antecedentes de endometriosis en tratamiento con ACHO. Consulta a urgencias por dolor costal punzante en hemitórax izquierdo de 18 h de evolución, que se incrementa con la inspiración profunda. Refiere desde hace cuestión de un año aumento de su disnea hasta que se ha hecho de moderados esfuerzos; según refiere, acentuada cuando le tiene que venir la regla. No fiebre ni sudoración, no pérdida de peso ni astenia. No tos ni expectoración. No hemoptisis. No traumatismo costal. No ha estado en contacto con personas con tuberculosis. A la exploración, hipofonesis en base derecha sin otros ruidos sobreañadidos. Rx tórax, derrame pleural derecho encapsulado. Se realiza toracocentesis diagnóstica en urgencias y se extraen 20cc de líquido pleural hemático que se envían para estudio bioquímico, citológico y microbiológico. Se

cursa ingreso a cargo de Neumología. En planta, realizan videotoracoscopia derecha, encontrando múltiples adherencias con sangrado importante. Se realiza limpieza de cavidad y de adherencias, y se toma biopsia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Eupnéica en reposo, sin trabajo respiratorio. SpO2 basal 99%. Fc 70 lpm. Afebril. TA 97/66 mmHg. ACP: tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Hipofonesis en base derecha sin otros ruidos sobreañadidos.

- AS: Hb 10.2, Plt 373.000, Leu 4.78, TP 84%, Dímero-D 1668.00, Glu 93, Crt 0.74, TFGe <90, Ác láctico 1.1, PCR < 2.90.
- GV: pH 7.36, pCO2 39.3, HCO3- 20.9.
- ECG: RS a 70 lpm sin alteración de la repolarización
- Rx Tórax: ICT <0.5, derrame pleural basal derecho, encapsulado, de 1/3 sin otras imágenes de infiltrado o condensación.
- TAC Tórax y Abdomen: Ascitis y derrame pleural derecho con contenido hemático asociado a alteraciones en cavidad uterina.
- Toracocentesis (estudio de líquido pleural): Hem 1179600 hem/µL, Hto 8.6 %, Leu 557 leu/µL, PMN 35 %, MON 65 %. Glu 19 mg/dL, Prot 4.45 g/dL, LDH 1625 U/L, ADA 15 U/L. Tinción de Gram negativo, Cultivo convencional negativo, Cultivo de hongos y Cultivo de levaduras negativos. Tinción de auramina negativo, Cultivo de micobacterias negativo.
- Videotoracoscopia (anatomía patológica): Muestra A) pleura parietal: fragmentos de tejido fibroadiposo con focos sugestivos de endometriosis, inflamación crónico y fibrosis. Muestra B) tejido fibroso: fragmento pleuropulmonar con focos sugestivos de endometriosis, inflamación crónica y fibrosis. Estrógenos y Progesterona (+). Muestra C) implante diafragmático: fragmentos de tejido fibroso con focos sugestivos de endometriosis, áreas de hemorragia y fibrosis. Estrógenos y Progesterona (+).

Juicio clínico

Endometriosis pleural.

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis pleural.

Comentario final

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente y crónica, que se caracteriza por la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Su curso es impredecible y tiene una gran capacidad de recurrencia incluso tras cirugía aparentemente completa. La localización más frecuente es en el ovario.; se han descrito localizaciones más infrecuentes como en pulmones y cerebro. El diagnóstico de certeza es mediante examen histológico de las muestras recogidas. El principio fundamental del tratamiento consiste en “favorecer la amenorrea”, consiguiendo así controlar los síntomas y frenar la progresión de la enfermedad.

Bibliografía

Documento de consenso. Endometriosis. SEGO. Madrid, 2014.

Palabras clave (máximo 3)

Derrame. Endometriosis. Pleura.

477/54. AL FINAL DE LA EPOC

Autores:
(1) Razak Soriano, Maryam, (1) Razak Soriano, Maryam, (2) Carrillo Pilo, Francisco José, (3) Leal Correa, Bartolomé, (4) Sánchez Gómez, Casimiro

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villafranco del Guadiana. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 68 años, AP de HTA, exfumador desde 2008 IAT de 50 paq/año, SAHS con CPAP, ictus hemorrágico, que acude a consulta para revisión de paciente crónico con EPOC tipo enfisematoso con oxigenoterapia domiciliaria 24h y mala respuesta a tratamiento optimizado con broncodilatadores (beclometasona+formoterol+glicopirronio cada 12h, Bromuro ipatropio cada 8h, teofilina y roflumilast diario) y corticoides (dexametasona 4 mg diaria), >3 ingresos por exacerbaciones el último año, refiere disnea de mínimos esfuerzos MRC3 de larga evolución con limitación funcional secundaria. Barthel moderado, Indice Karnofsky 50. Se inicia tratamiento con morfina, se explican medidas no farmacológicas y se deriva para seguimiento conjunto con Unidad de Cuidados Paliativos.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación O2 92% gafas nasales 2 lpm.

- Exploración física: ACP rítmico, hipofonesis global con roncus y sibilantes espiratorios.
- Radiografía de tórax: ICT aumentado con datos de redistribución vascular, bronquiectasias perihiliares, datos de atrapamiento aéreo y afectación intersticial.
- TAC tórax: amplia destrucción del parénquima pulmonar, severo enfisema pulmonar bilateral centroacinar y paraseptal, con formación de grandes bullas y cambios fibrocicatriciales de aspecto residual en relación con bronquiectasias por tracción.

Juicio clínico

EPOC estadio D (GOLD) tipo enfisematoso.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca izquierda.

Comentario final

La enfermedad terminal es un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta a tratamiento específico y pronóstico de vida limitado. Al no existir posibilidades de curación, los cuidados paliativos son la mejor opción, no solo se limita a patología oncológica, también hay que pensar en enfermedades crónicas como ICC, EPOC, etc.

Los síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son tos, aumento de la expectoración y disnea que se trata del síntoma más frecuente y complejo.

La disnea provoca un importante impacto emocional al paciente y su familia, con prevalencia de hasta un 94%. También da lugar al desarrollo de ansiedad y depresión. El deterioro de la calidad de vida en las dimensiones físicas y sociales se asocia con un estilo de vida sedentario con disnea progresiva y fatiga. Esto conduce al aislamiento social y la incapacidad de participar en muchas actividades de la vida diaria. Estos cambios alteran la dinámica familiar, potenciando el desarrollo del resentimiento y el estrés. Por tanto, disminuye enormemente la calidad de vida de los pacientes, aboliendo o retrayendo las relaciones sociales, el estado funcional, y el deseo de vivir.

Medidas no farmacológicas: Compañía tranquilizadora, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación, posición confortable, adaptación del estilo de vida, cuidado de la piel.

Tratamiento farmacológico: opiáceos (morfina), benzodiacepinas (midazolam), neurolépticos (clorpromazina) y corticoides (dexametasona).

Bibliografía

Cuervo MA, Mota R, Redondo MJ, Sánchez MA. La disnea en la enfermedad terminal, magnitud del problema. Programa Regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud. San Sebastián: Congreso Nacional de Cuidados Paliativos. (2016).

Palabras clave (máximo 3)

EPOC, Cuidados Paliativos.

477/55. A LA DÉCIMA, VA LA VENCIDA...

Autores:
(1) Cubelos Fernández, Naiara, (2) Calvo Aguiriano, Isabel, (3) Carmona Ayuela, Begoña, (4) Robles Martín, Estefanía, (5) Osawa Rodríguez, María, (4) Carbó Jordà, Albert

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 63 años que acude en diversas ocasiones a Urgencias por disnea progresiva de 3-4 días de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos y expectoración hemoptoica, no fiebre aunque si sensación distérmica. No oliguria, no edemas en extremidades inferiores, no dolor torácico, que en diversas ocasiones le han hecho ingresar en la UCI (insuficiencia respiratoria aguda severa, FiO2 50% y SatO2 93%).

Diagnosticado, desde hace 10 años, de múltiple patología respiratoria:

1. Adenocarcinoma de pulmón.
2. Sarcoidosis estadio IV.
3. TEP bilateral y TVP derecha idiopáticos.
4. Alveolitis alérgica extrínseca corticodependiente.
5. Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID).
6. Probable neumonitis por hipersensibilida en forma crónica (enfermedad del cuidador de aves).
7. Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS de leve-moderada intensicad y carácter postural)
8. Múltiples neumonías.
9. Hemorragia pulmonar resuelta.

Antecedentes Personales:

- Exfumador hace 12 años.
- Trabaja en el servicio de recogida de basuras.
- Sobrepeso.
- Alergias: Cefalosporinas (vancomicina y cefotaxima). Clindamicina. Penicilina. Evitar betalactámicos y glicopéptidos.
- Dislipemia.
- Hipertensión arterial.
- Reflujo gastroesofágico y hernia de hiato.
- Adenocarcinoma de pulmón estadio I (T2N0M0): Lobectomía superior derecha en 2016.
- Marcadores tumorales: normales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. TA 120/70 mmHg. FC 90 lpm. Frecuencia Respiratoria 14 rpm. Sat O2 con gafas nasales a 4 L: 88%. Tª 37,5ºC. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, crepitantes escasos

bibasales. Abdomen globulosos, blando, depresible, ruidos presentes, no dolor, no masa sin megalias. Extremidades inferiores sin alteraciones, Neurológico: no signos de focalidad neurológica.

Pruebas Complementarias:

- Hemograma: Hb 10,9, Hct 33, Leucocitos 11300 (79%N), plaquetas 306000
- Coagulación básica: normal. PCR 102.
- Bioquímica: normal. PCR 135. Procalcitonina 0,10. LDH 824, Hierro 19, Transferrina 294, ferritina 144.
- Gasometría al ingreso: pH 7,48; pCO2 33; pO2 34, Bic 23, Sat 59%, Bic 29% (probable origen venoso).
- Pulsioximetría al ingreso (con GN a 4L): 87%.
- Radiografía tórax: pérdida de volumen en hemitórax derecho y elevación de hemidiafragma derecho con pinzamiento de seno costofrénico ya conocido. Dudosa condensación en campo medio derecho.
- Ag nemococo y Legionella en orina: negativos.
- Cultivo de esputo: Negativo.
- TCAR torácico: EN conclusión, áreas en vidio deslustrado bilaterales de predomicio central y peribroncovascular que plantean exacerbación de NINE. Lobectomía superior derecha sin cambios. Leve crecimiento de una denopatía subcarinal ya conocida.

Juicio clínico

Síndrome antisintetasa con afectación pulmonar y tratamiento con inmunológico (micofenolato), con enfermedad pulmonar intersticial segundaria (NINE).

Se inicia tratamiento con ciprofloxacino y azitromicina y prednisona (megadosis de corticoides), con buena respuesta, desaparece la expectoración y la hemoptisis, hay una gran mejoría radiológica y mantiene saturaciones basales al alta de 94-95%.

Diagnóstico diferencial

En este paciente, el diagnóstico diferencial se realizó con toda la patología respiratorio que ha padecido en los últimos 15 años, y de la que fue siendo diagnosticado en cada ingreso en neumología.

Comentario final

El síndrome antisintetasa(SAS) se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos antisintetasa en el suero (anti Jo-1).

Los pacientes con SAS presentan una clínica característica con miositis (90%), artritis (50%), fenómeno Raynaud (60%),enfermedad pulmonar inflamatoria (50-70%),fiebre(20%),manos de mecánico (40%).

El pulmón se ve afectado como una enfermedad intersticial con un amplio espectro de signos y síntomas:disnea,tos,hemoptisis,IRA.

Bibliografía

Fernández-Piedra C, et al. Síndrome antisintetasa, múltiples complicaciones. Medicina de Familia. SEMERGEN. Octubre 2006. 32(8):406-409.

Hurtado García R, et al. Síndrome antisintetasa e influenza B, afectación pulmonar característica. Reumatología clínica. Junio 1028. 14(3):173-174.

Palabras clave (máximo 3)

Síndrome antisintetasa. Disnea.

477/56. ¿QUÉ TRATAMIENTOS UTILIZAMOS LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN EPOC Y ASMA BRONQUIAL?

Autores:
(1) Fernández Villar, Jesús, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Arrimada García, Margarita, (4) García Andrés, Luis Enrique, (5) Fernández Diez, Sandra, (6) Fernández Villar, Mª Paz

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Enfermera. Complejo Asistencial Universitario de León. León, (6) Investigadora. Centro de Salud Tábara. Tábara. Zamora

Resumen:

Objetivos

Determinar las DHD (dosis habitante día) de los fármacos más prescritos por los médicos de familia en un centro de salud semi-urbano durante todo un año, en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma bronquial.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de la prescripción de los 9 médicos de familia de nuestro centro de salud de atención primaria (población total 10.553 habitantes); fuente Medora en diciembre 2019, durante el año 2019; DHD de los principios activos en pacientes con EPOC, enfisema y asma bronquial. Se excluyen los pacientes en seguimiento por neumonía.

Resultados

Se obtienen los siguientes datos: Se incluyeron los 430 pacientes de todos los cupos médicos, teniendo en cuenta los procesos clínicos de: EPOC, enfisema y asma. Se prescribieron un total de 35,57 DHD: Los principios activos más prescritos fueron por este orden:

1. Salbutamol con 6,39 DHD.
2. Bromuro de ipatropio con 3,98 DHD.
3. La combinación de formoterol y budesonida con 3,4 DHD.

4. La combinación salmeterol/fluticasona 3.21 DHD.
5. Budesonida en monoterapia 2,93 DHD y
6. Montelukast con 2,51 DHD
7. Formoterol en monoterapia con 2,06 DHD
8. Salmeterol 2.02 DHD
9. La combinación vilanterol/fluticasona 1.85 DHD
10. Tiotropio 1.36 DHD
11. Glicopirronio 1.14 DHD
12. Tiotropio 1.05 DHD
13. Aclidinio 0.95 DHD
14. Formoterol/glicopirronio/beclometasona 0.84 DHD
15. Vilanterol/umeclidinio/fluticasonab 0.54 DHD
16. Otros: 1.34 DHD

Conclusiones

A partir estos resultados podemos ver que el principio activo más prescrito por los médicos de familia sigue siendo el salbutamol, seguido del Bromuro de ipatropio.

Palabras claves (máximo 3)

EPOC. Asma. DHD.

477/57. DOCTORA VENGO AL CONTROL DE MI EPOC:¿ HAY UNA IMAGEN A ESTUDIAR?

Autores:
(1) González Carranza, Silvia Mª, (2) Álvarez-Franco Cañas, Fernando, (3) Arrimada García, Margarita

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eibar. Eibar. Guipúzcoa, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Bañeza I. La Bañeza. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga II. Astorga. León

Resumen:

Descripción del caso

Paciente mujer de 60 años asintomática. Sin disnea en situación basal. Vida activa. TAC de control con aparición de masa pulmonar. EPOC.

Sin alergias medicamentosas.

- Ex-Fumadora (35 paquetes/año)
- Enfermera. Trabaja en la consulta de un dentista.
- Tiroidectomía total en 1998 por BMN
- Enfisema pulmonar diagnosticado en el 2015 sin complicaciones. Neumonía en julio 2019
- Enfermedad celiaca control por digestivo

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Talla 167 Peso 60 IMC 22 SatO2 98% FC 99 TA 110/60.

Auscultación normal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

- Analítica 25/11/2020: anodina. Marcadores tumorales normales
- ESPIROMETRIA:

FVC 4.03 120% FEV1 2.65 101% FEV1%F 65.76.

Difusión: DLCO_SB 5.36 67% KCO 0.68 45%.

- TAC torácico (13/11/2020)

Se objetiva masa de 5cm en LM, periférica con contacto parietal sin signos de infiltración.

Adenomegalias de 8mm hiliares derechas.

Engrosamiento pleural posterior derecho focal de 13mm.

Lesiones de enfisema pulmonar centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores.

Micronódulos periféricos en LSD y ambos inferiores, uno de ellos calcificado (LII). Nódulo de 14mm en suprarrenal izquierda.

En LHD incluido en la exploración, segmento VII-VIII, se objetiva imagen de malformación vascular con área de alteración de perfusión adyacente.

- PET (25/11/2020):Masa hipermetabólica en LM en contacto con pleura, sugestiva de malignidad.
- BRONCOSCOPIA (26/11/2020): SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS
- RNM craneal (30/11/2020):Discretos signos de microangiopatía isquémica crónica.
- PAAF: Cilindros de tejido fibro-conectivo infiltrados por celularidad epitelial atípica con áreas de patrón glandular y áreas de patrón sólido pobremente diferenciado compatible con infiltración por carcinoma con áreas de adenocarcinoma y áreas de patrón sólido pobremente diferenciado en el material estudiado. Se acompaña de denso componente inflamatorio de predominio crónico-linfocítico.

Estudio inmunohistoquímico utilizando anticuerpos frente a Sinaptofisina y CD56. Resultando positividad aislada-ocasional de ambos marcadores.

Juicio clínico

Neoplasia pulmonar.

EPOC LEVE. Enfisema pulmonar.

Bronquiectasias Lingula y lóbulo medio.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma pulmonar.

Adenocarcinoma.

Comentario final

En el cáncer de pulmón tiene mucha importancia qué tipo de célula está afectada, tanto para el médico pue-

de decidir qué tratamiento debe seguir el paciente, como para calcular las posibilidades que tiene el paciente de sobrevivir a la enfermedad.

Los pulmones están formados por diferentes tipos de células, que se encargan cada una de las distintas funciones. Existen dos grandes tipos de cáncer de pulmón - cuyo nombre hace referencia al aspecto de sus células -, dos grandes grupos de tumores que se han clasificado juntos porque tienen todos ellos un tratamiento y un pronóstico similar.

En contadas ocasiones, algunos casos malignos de pulmón tienen rasgos de los dos grandes grupos; es el cáncer de pulmón mixto de células grandes y pequeñas. También hay otros tipos de cáncer de pulmón menos frecuentes.

El adenocarcinoma es un tipo de cáncer de pulmón no microcítico, cuyas células se asemejan a las células de las glándulas, tal como las glándulas que secretan moco en los pulmones.

Bibliografía

Molina AJ, García Martínez L, Zapata Alvarado J, Alonso Orcajo N, Fernández Villa T, Martín V. Tendencia de la incidencia de cáncer de pulmón en un área de salud. Arch Bronconeumol. 2015; 51(11): 535.

Bilal U, Fernández E, Beltrán P, Navas Acien A, Bolumar F, Franco M. Validation of a method for reconstructing historical rates of smoking prevalence. Am J Epidemiol. 2014; 179(1):15-9.

Palabras clave (máximo 3)

Adenocarcinoma & EPOC.

477/58. HEMOPTISIS

Autores:
(1) Pache Ferrero, Laura, (2) Escalona García, Carmen, (3) Quirós Ambel, Candela María, (4) Cuvillo Mergelina, Ana

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mérida Urbano I - Nueva Ciudad. Mérida. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 40 años, fumadora de 1 paquete/día sin otros AP de interés con AF de Ca Pulmón en Padre. Consulta telefónicamente porque refiere que ha presentado dos episodios de tos con esputos hemoptoicos junto con odinofagia, sin fiebre, sin dolor torácico y sin disnea. Niega trauma torácico y niega vómitos. Se le indica acudir de manera presencial, para realizar PCR SARS-COV2, siendo esta negativa. Posteriormente se explora estando todo dentro de la normalidad. Se sospecha Infección respiratoria y se pauta Azitromicina 500mg/24h. Vuelve a consultar telefónicamente a la semana del inicio de los síntomas, porque continúa con hemoptisis, mínimo un episodio al día. Se vuelve a pedir que acuda a consulta y sin encontrar nuevos hallazgos solicitamos Rx tórax y analítica completa preferente.

Exploración y pruebas complementarias

Saturación Oxigeno: 95% Fc 85 BEG. Eupneica. Normocoloreada. Normoperfundida. Tolera decúbito. Orl: normal. No adenopatías palpables. ACP: MVC, sin ruidos. Rítmica sin soplos. Sin otros hallazgos.

Analítica: hemograma, bioquímica con LDH y PCR dentro de la normalidad.

Rx tórax: Aumento de densidad en LSI no definida compatible con inicio de infiltrado intersticial vs condensación.

Se solicita Tc tórax y se solicita cita preferente con Neumología:

Tc tórax: Adenopatías axilares bilaterales menores de 1 cm. Adenopatías en espacio prevascular e infrahiliar izquierdo de 1 cm. Masa biliar izquierda de 6x4x8 cm con extensión a LSI.

Tras estos resultados se realizan:

PET TC: Masa hipermetabólica de captación heterogénea con probables áreas neuróticas en región biliar izquierda. Resto normal.

Broncoscopia: Obstrucción completa del bronquio del calmen por masa endobronquial. Biopsia: Adenocarcinoma pulmonar.

Juicio Clínico

Adenocarcinoma Pulmonar En LSI. T4 N2 M0.

Diagnóstico diferencial

Neumonía asociada a la comunidad.

Tuberculosis.

Neoplasia pulmonar/ Vías respiratorias aéreas superiores.

Metástasis pulmonar.

Tromboembolismo pulmonar.

Hematemesis. Hemorragia digestiva Alta.

Vasculitis.

Endometriosis pulmonar.

Comentario final

La paciente fue derivada a Oncología médica y radioterapia administrándose quimioterapia y radioterapia neoadyuvantes con posterior cirugía torácica (Neumonectomía izquierda intrapericárdica más linfadenectomía). Tras la cirugía presentó complicación por shock cardiogénico, que requirió ingreso en REA en la cual estuvo con drogas vasoactivas hasta recuperación. Actualmente la paciente presenta una evolución fa-

vorable aunque como secuela presenta disfonía por parálisis recurrencia.

La hemoptisis puede ser la primera manifestación de un gran número de enfermedades, cuyo pronóstico y tratamiento son muy diversos. Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial entre hemoptisis y hematemesis y una vez confirmado la hemoptisis se debe valorar la gravedad de esta y decidir qué medidas diagnósticas y terapéuticas se van a realizar con la mayor brevedad posible.

Bibliografía

Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Guías clínicas Fisterra: www.fisterra.com/guias-clínicas/hemoptisis/

Palabras clave (máximo 3)

Hemoptisis. Adenocarcinoma pulmonar.

477/59. CUIDAR SIEMPRE ES POSIBLE.

Autores:
(1) Cruz Romo, Marta, (2) Quirós Ambel, Candela María, (3) Leal Correa, Bartolomé, (4) Gutiérrez Pereira, Paula, (5) Marabé Hernández, Luis, (1) Razak Soriano, Maryam

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (3) médico. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 82 años que acude a nuestra consulta de AP por dolor costal bilateral y tos sin expectoración de un mes de evolución. Afebril. Antecedentes personales: HTA, DLP y Cáncer de mama en el año 2007 tratado mediante mastectomía y linfadenectomía axilar.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente senil con buen estado general. Vigil, orientada y colaboradora. Palidez cutáneo-mucosa. Normoperfundida y normohidratada. Eupneica en reposo, aunque entra en consulta caminando con ligera dificultad respiratoria. Sat O2: 93%. FC: 95 lpm. TA: 145/89.

- CyC: No adenopatías. No ingurgitación yugular.
- AC: rítmica sin soplos. AP: hipofonesis generalizada, con roncus aislados.
- Abdomen: ligera molestia a la palpación en flanco derecho con hepatomegalia dolorosa.
- Extremidades inferiores (EEII): No edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). Pulsos distales presentes.
- ECG: ritmo sinusal a 86 latidos por minuto (lpm), sin alteraciones en la repolarización.
- Radiografía simple de torax: múltiples nódulos pulmonares, bien delimitados, sin calcificación de tamaño 1,5-2 cm que dan lugar a una imagen compatible con suelta de globos.
- Bioquímica: creatinina 0,7. Pruebas de función hepáticas normales. PCR 0,7. Iones normales.
- Hemograma: 5100 leucos, fórmula normal. Hb 12,3 g/dl. VCM 91. VSG 36.

Juicio clínico

Recidiva tumoral. Metástasis pulmonares diseminadas.

Diagnóstico diferencial

Origen neoplásico, infeccioso o inflamatorio.

Comentario final

La presencia de nódulos pulmonares múltiples en la radiología de tórax es un fenómeno infrecuente que obliga a realizar una buena historia clínica y exploración física para un correcto enfoque y diagnóstico diferencial. Debido a los antecedentes de esta paciente, con Ca de mama, aunque en remisión completa desde hace más de diez años, la primera sospecha diagnóstica debe ser la recidiva. Fue derivada a Oncología médica preferente confirmando nuestra sospecha diagnóstica valorando como tratamiento únicamente el paliativo. Es una paciente en fase avanzada de enfermedad de la que tendremos que hacer un seguimiento estrecho y si fuera necesario en coordinación con Cuidados Paliativos.

Bibliografía

Granados Gacía M, Arrieta Rodriguez OG, Hinojosa Gómez J. Tratamiento del Cáncer, Oncología médica quirúrgica y radioterápica. México. Editorial Moderno S.A; 2016.

Paliex.es [internet]. Extremaura; 2015. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/paliex/publicationDetail?idItem=185564.

Palabras clave (máximo 3)

Cáncer, mama, metástasis.

477/60. A VUELTAS CON UNA MASA PULMONAR.

Autores:
(1) Herrero Alonso, Cecilia, (1) López Lifante, Victor Miguel, (1) Grau Comas, Enric, (1) Jerez Viñas, Nuria, (1) Rodriguez Correro, Beatriz, (1) Sala Leal, Josefina

Centro de Trabajo:
(1) CAP Palau Solità I Plegamans

Resumen:

Descripción del caso

Mujer , 71 años que consulta al CAP por tos seca de predomino nocturno de 2 meses de evolución, mucosidad nasal, sin fiebre, hizo tratamiento con Claritromicina, mucolítico, tandas cortas de corticoide oral,

Formoterol/Budesonida cada 12 h, Bromuro ipratropio cada 6 horas. Con la sospecha de estatus asmático es derivada a Urgencias .

Exploración y pruebas complementarias

AR: Sibilantes y roncus diseminados, no crepitantes. FR: 16x' SatO2 99%, Tª 36Cº, no edemas en EEII. Test antigénico rápido COVID: negativo.

RX tórax: proyección lateral con aumento de densidad redondeada en base posterior izquierda con bordes bien definidos ángulo obtuso con el diafragma y pleura posterior, en la proyección anterior no se aprecia no borra silueta cardíaca queda oculta detrás.

Analítica: Hemograma normal sin leucocitosis, Glucosa 147 mg/dL, FG 89.57, PCR 0.46 mg/dL, Sodio 143 mmol/L, Potasio 4.1 mmol/L. Gasometría arterial pH 7.41, pCO2 39 mmHg, pO2 77 mmHg, sO2 95 % Antigenuria negativa a neumococo y Legionela.

TC Abdomen: Parénquima bases pulmonares sin evidencia de nódulos ni condensaciones, Hernia hiato. Hernia diafragmática posterior izquierda con contenido de grasa (hernia de Bochdalek). Lesiones hipodensas hepáticas sugestivas de quistes simples. Diverticulosis en sigma y en colon sin signos de diverticulitis.

Juicio clínico

Se orientó como neumonía típica (redonda) de LII iniciando Levofloxacino 500 durante 7 días y mantener los inhaladores pautados desde AP. En el seguimiento la tos se resolvió, continuó los inhaladores, se realizó otra RX con persistencia de la imagen redondeada que ya presentaba en RX de tórax de 2019 así como TC abdominal de 2017 donde constaba hernia de Bochdalek.

Diagnóstico diferencial

Las imágenes radiológicas de masa pulmonar corresponden en un 75% a neoplasias benignas y malignas, un 15% pueden ser de naturaleza infecciosa. Las benignas se clasifican en :

1. Congénitas: Atresia bronquial; secuestro intralobar; malformación arteriovenosa; quiste broncogénico. 2. Infecciosas: Absceso pulmonar, neumonía redonda, quiste hidatídico, actinomicosis, micetoma, granuloma. 3. Inflamatorias: Sarcoidosis, neumonía organizada, seudotumor inflamatorio, granulomatosis de Wegener, neumonía lipoidea, amiloidosis. 4. Otras : Hematoma, infarto pulmonar, atelectasia redonda, neumoconiosis, pseudotumor evanescente.

También podemos encontrar patología pleural y extrapulmonar como derrames y abscesos pleurales, mesoteliomas, hernias diafragmáticas.

Comentario final

En nuestro caso la clínica y los antecedentes de la paciente son de gran importancia, sólo con la imagen radiográfica no llegamos al diagnóstico . Las pruebas que no orientaban a neumonía eran la normalidad en el hemograma y las características radiológicas de la masa pulmonar. El dato clave fue examinar imágenes anteriores de la paciente.

Bibliografía

Mercedes Bernad Vallés, Carlos Pérez Vázquez, Jesús Casado Huerga. Hernia diafragmática adulto. Atención Primaria Práctica 2020; Volume 2, Issue 3, 100051, https://doi.org/10.1016/j.appr.2020.100051.

José Ignacio Rodríguez-Hermosa, Marcel Pujadas, Bartomeu Ruiz, Jordi Gironès, Josep Roig, Esther Fort, Manoli Hombrados y Antoni Codina-Cazador. Hernia diafragmática de Bochdalek en el adulto. Cir Esp 2004;76(3):191-4.

M.R. López Pedreira, P. Cartón Sánchez, I. Muñoz Colindres, J.L. Ruiz García, N. Andrés García y R. Esteban Casado. Diagnóstico diferencial de las masas pulmonares no neoplásicas. Radiología. 2014;56 (Espec Cong):1425

Ana María Giménez Palleiro. Información básica de la RX de tórax. Medicina respiratoria 2017, 10 (3): 25-39

Palabras clave (máximo 3)

Masa Hernia Neumonia.

477/61. FIEBRE Y DISNEA EN PACIENTE JOVEN ASMÁTICO

Autores:
(1) León Domínguez, Jesús, (2) Zuleta Valencia, Juan Camilo, (3) Martínez Perona, Elisa

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclan. Orense, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 21 años, asmático, atópico, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de dos días de evolución de malestar general, fiebre, tos expectorante y aumento de su disnea habitual a pesar de tratamiento en domicilio con broncodilatadores de base, niega contactos COVID, no otros síntomas por sistemas, comenta disminución transitoria de la fiebre con paracetamol/ibuprofeno.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada se realiza test de antígenos COVID resultando negativo y se procede a exploración: FR: 25 rpm, TA: 130/70 mm Hg, presión pulsimetría 92%, FC: 122 lpm, temperatura 39 ºC. Mal estado general, se observa uso de musculatura accesoria respiratoria. Auscultación CardioPulmonar: tonos taquirrítmicos, sibilancias dispersas e hipoventilación basal derecha, Resto de exploración física anodina. Ante la situación actual y la valoración clínica se decide derivar al Servicio de Urgencias para estudio complementario.

Laboratorio: PCR: 4 mg/dL , leucos: 14.500 con neutrofilia 71% y resto de hemograma dentro de la nor-

malidad. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria hipoxémica. Bioquímica normal.

Radiología: aumento de trama vascular con condensación basal derecha.

Otras pruebas: Hemocultivo: negativo. PCR COVID: negativa. Tinción de gram y cultivo de esputo: flora mixta sin predominio. Antígeno urinario para Streptococcus pneumoniae: negativo. Frotis nasal y faríngeo para estudio de virus de la gripe: positiva para virus gripe B.

Evolución: Debido a situación de insuficiencia respiratoria se decide ingreso recibiendo tratamiento durante 5 días con Oseltamivir con evolución positiva sin mención de complicaciones.

Juicio clínico

Neumonía por virus de la influenza tipo B.

Diagnóstico diferencial

Neumonía bacteriana, neumonía por COVID, tuberculosis, infección por legionella, otras neumonías atípicas (Mycoplasma, Chlamydia, hongos).

Comentario final

Debido a la pandemia actual, se desestiman otros agentes patológicos respiratorios como la gripe que aún persiste en el ambiente y nos debe poner en alerta para considerarle como agente causante. Podemos detectar casos esporádicos de gripe a lo largo de todo el año; sin embargo, su aparición tiene una estacionalidad, fundamentalmente entre noviembre y marzo. Tener en cuenta que afecta el tracto superior y suele ser benigna y autolimitada por lo que basta con una adecuada anamnesis y exploración clínica para su diagnostico sin precisar mas pruebas, salvo pacientes con comorbilidades como en nuestro caso el asma, que puede afectar de forma mas grave, requiriendo un diagnostico microbiológico y un tratamiento oportuno con Oseltamivir. Además, nuestro paciente presentó neumonía, por lo que requiere descartarse otros agentes etiológicos simultáneos para así optimizar el tratamiento y mejorar la supervivencia.

Bibliografía

Raphael D, Martin SH, and Thorner AR. Clinical manifestations of seasonal influenza in adults. UpToDate [internet. Consultado el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www. uptodate. com/contents/clinical-manifestations-of-seasonal- influenza-in-adults

Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, & Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. The Lancet. 2015:385(9979):1729-1737.

Palabras clave (máximo 3)

Disnea, fiebre, tos.

477/62. EPIGASTRALGIA ASOCIADA A DISNEA PROGRESIVA EN MUJER DE 76 AÑOS

Autores:
(1) León Domínguez, Jesús, (2) Martínez Perona, Elisa, (3) Díaz Caler, Ana Belén

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 76 años, con obesidad y antecedentes personales de asma, hipertensión arterial y dislipemia. Acude por presentar dolor epigástrico de 15 días de evolución, mal definido, con disnea a mínimos-moderados esfuerzos en los últimos días que ha ido aumentando progresivamente. Tos que refiere ser la suya habitual, sin movilización de secreciones ni fiebre. Además refiere una vida muy sedentaria desde el inicio del confinamiento. Ante cambios en electrocardiograma y marcadores de daño miocárdico alterados, se ingresa en observación a la paciente y se solicita valoración por Servicio de Cardiología, que realiza ecocardiografía compatible con cardiopatía hipertensiva, descartando cardiopatía isquémica aguda. Posteriormente, ante la normalidad de pruebas complementarias, y a pesar de analítica con perfil digestivo normal, la paciente continua con dolor en epigastrio, por lo que se decide solicitar ecografía abdominal, que radiología más tarde progresó a tomografía computarizada detectando tromboembolismo pulmonar agudo extenso.

Exploración y pruebas complementarias

Presentaba tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores con leves edemas, sin signos de trombosis venosa profunda. Abdomen globuloso, blando, depresible, con molestias en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo.

Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos reseñables.

Electrocardiograma ritmo sinusal a 84 latidos por minuto, eje normal, con inversión de onda T en precordiales no presentes en previos.

PCR Covid19: negativa.

Analítica: hematimetría, iones, perfil renal y hepatobiliar normales. Cretinina kinasa 82, PCR 33, troponina T ultrasensible 73.2.

Gasometria arterial con pH 7.47, PpCO2 37, PpO2 69.3, satO2 94%, bicarbonato 27.

Sistemático de orina negativo.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar agudo extenso. Insuficiencia respiratoria parcial.

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio. Insuficiencia cardiaca. Cólico biliar. Epigastralgia.

Comentario final

Finalmente la paciente evolucionó favorablemente tras permanecer durante cinco días ingresada en el hospital, y fue dada de alta con apixabán, anticoagulante de acción directa, oxigenoterapia domiciliaria nocturna y revisión en consultas externas de enfermedad tromboembólica.

Bibliografía

Zhan ZQ, Wang CQ, Nikus KC, He CR, Wang J, Mao S et al. Electrocardiogram patterns during hemodynamic instability in patients with acute pulmonary embolism. Ann Noninvasive Electrocardiol [Internet]. 2014 [citado 4 Oct 2019]; 19 (6): 543-551

Blanco A, Luciardi H, Muntaner J. Trombosis: Principal causa global de morbimortalidad. Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2015 [citado 11 Dic 2018]; 44(4): 188-9.

Palabras clave (máximo 3)

Disnea, epigastralgia, tromboembolismo.

477/63. NO TODO ES COVID19

Autores:
(1) Rodríguez Onieva, Araceli, (2) Aneri Vacas, María, (3) Hidalgo Requena, Antonio

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Médico Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena. Córdoba

Resumen:

Descripción del caso

Varón 56 años, exfumador de 26 paq/año, hipertenso (Valsartan 160mg/Amlodipino 10mg), hipertrigliceridemia. Consulta, en situación de Pandemia COVID19, por fiebre de hasta 39.1ºC y tos seca de un día de evolución, no otros síntomas compatibles con infección SARS COV2, aunque refiere que estuvo en Madrid en el puente de Andalucía. Ante síntomas compatibles con COVID19, se considera caso posible . Plan: aislamiento domiciliario, paracetamol y seguimiento telefónico. Se explican síntomas de alarma por lo que debería consultar en urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Ante persistencia de fiebre al 4º día, consulta en circuito privado, se realiza TAC tórax sin contraste "neumonía lóbulo superior derecho, afectación en vidrio deslustrado y subpleural probable etiología vírica en el contexto actual". Consulta en el servicio de urgencias y se completa estudio con Analítica, Hemograma: ligera neutrofilia (8890); Coagulación: DD 703; Bioquímica con aumento de transaminasas y de reactantes de fase aguda: PCR (235.3); Ferritina (1220) y Procalcitonina (0.12); Gasometría arterial pO2 72mmHg; SatO2 96.4%. Se decide ingreso hospitalario para completar estudio y tratamiento intravenoso.

Durante el ingreso : PCR COVID19 Negativa. Ag Legionella y Streptococo Pneumoniae negativos. Ante mejoría clínica se decide alta y seguimiento por parte de Atención Primaria (AP) con recomendación de control radiológico, analítico y resultados serologías. Finalmente resultados serologías: Chlamydia pneumoniae IgM e Ig G positivo. Analítica de control con hemograma y bioquímica normal; Radiografía de tórax normal.

Juicio clínico

Neumonía viral.

Diagnóstico diferencial

Neumonía unilateral infección SARS COV2 vs Neumonía atípica.

Comentario final

La anamnesis y exploración de un paciente son imprescindibles para orientar el diagnóstico clínico. Si bien, las pruebas complementarias nos ayudan a establecer un diagnóstico definitivo. En la medicina es imprescindible hacer un diagnóstico diferencial de lo más a menos frecuente. Ante la situación de pandemia, en la que la mayoría de los pacientes se valoraban telefónicamente, con la recogida de síntomas respiratorios, en muchos hemos podido acercarnos al diagnóstico erróneo de infección COVID19 aunque en aquellos casos que se ha completado el estudio con pruebas complementarias se ha demostrado que no toda neumonía es infección por SARS COV2, aún en tiempo de pandemia.

Bibliografía

Eguia, H., Vinciarelli, F., Villoslada Muñiz, R. L., & Sanz García, F. J. (2020). Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. Semergen, 46(8), 560–565.

Quiles Machado, J. A., Aragón Domínguez, V., Monsalvo Hernando, M., & Gómez Durán, M. (2018). Neumonías bacterianas no neumocócicas (II). Infecciones respiratorias por Mycoplasma y Chlamydia. Neumonías víricas. Medicine, 12(54), 3186–3197.

Palabras clave (máximo 3)

Fiebre, COVID19, Neumonía.

477/64. DISNEA EN TIEMPOS DE COVID19

Autores:
(1) Ruíz-Canela Gallardo, Maria Magdalena, (1) Rodríguez Onieva, Araceli, (2) Adame Sanz, Laura, (3) Fernández Bersabé, Alicia, (4) Vallejo Basurte, Carmen

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Nueva Carteya. Nueva Carteya. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba

Resumen:

Descripción del caso

Varón 75 años; Antecedentes personales: originario de Marruecos, trabajador en venta ambulante, anteriormente obrero en una fábrica de armas y mecánico en un barco. Sin hábitos tóxicos, minusvalía 48%, DM2 (Vildagliptina 50mg/Metformina 850mg /12h y Dapagliflozina 10mg/24h). Consulta en situación de Pandemia COVID19 por tos seca, disnea a medianos esfuerzos y malestar general, con el antecedente de haber estado 10 días en Inglaterra. Ante la clínica compatible con infección SARS COV2, se decide aislar en domicilio, tratamiento sintomático y Prueba Diagnóstica De Infección Activa (PDIA). 1ª PDIA (PCR) negativa, se confirma con 2ª PDIA también negativa.

Exploración y pruebas complementarias

Desde Atención Primaria (AP) se decide completar estudio con rx tórax y se solicita informe radiológico "patrón intersticial lineal y reticular en campo medio izquierdo y basal bilateral compatible con Neumopatía Intersticial crónica".

Ante mala evolución, con aparición de ortopnea, consulta en servicio de urgencias y se completa estudio con Exploración, con AR: Hipoventilación respiratoria y crepitantes bibasales tipo velcro. Sin otros hallazgos. Analítica, sin hallazgos y Gasometría arterial pO2 95mmHg; SatO2 95%. Se decide alta y completar estudio desde AP.

Juicio clínico

Neumopatía Intersticial crónica.

Diagnóstico diferencial

Neumopatía intersticial idiopática. Infiltrado COVID19???. Fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Bronquiolitis respiratoria. Enfermedades del tejido conectivo. Enfermedades inhalacionales. Enfermedades granulomatosas. Neoplasias. Enfermedades quísticas.

Comentario final

El diagnóstico de las enfermedades intersticiales supone un reto para los profesionales de AP debido a que engloban múltiples afectaciones diferentes, con características similares que no solo afectan al intersticio, sino que pueden implicar otras estructuras funcionales. Si bien, la sospecha y diagnóstico precoz puede ayudar a iniciar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La rx de tórax puede ser la principal herramienta si bien, el estado de pandemia nos dificulta cualquier diagnóstico diferencial ya que nos imposibilita completar estudio con espirometrias por ejemplo. El diagnóstico definitivo es multidisciplinar neumológico, radiológico y patológico.

Bibliografía

Kanne JP, Little BP, Chung JH, Elicker BM, Ketai LH. Essentials for radiologists on COVID-19: an update—radiology scientific expert panel. Radiology [revista en internet]. 2020 [citado 28 de Abril 2021]; 296(2). Disponible en: https://doi.org/10.1148/radiol.2020200527.

Holgate ST. Importancia de la investigación de atención primaria en el tratamiento de las enfermedades respiratorias. Prim Care Respir J 2012; 21(1): 1-16.

Palabras clave (máximo 3)

Disnea, Neumopatía.

477/65. MEJORANDO LA TÉCNICA DE LA TERAPIA INHALADA MEJORAMOS LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
(1) Viejo Casas, Ana, (2) García Montes De Neira, Miguel, (3) Andrea Andérez, Jorge

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pisueña - Cayón. Santa María de Cayón. Cantabria, (2) Técnico de Salud. Centro de Salud Pisueña - Cayón. Santa María de Cayón. Cantabria, (3) Enfermero. Centro de Salud Pisueña - Cayón. Santa María de Cayón. Cantabria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 70, exfumadora desde hace 10 años , que acude a la consulta de su médico de familia por referir astenia en los últimos 2 meses, disnea de moderados esfuerzos y dificultad para caminar. Padece EPOC diagnosticada hace 6 años por su médico y en tratamiento con budesónida, 160 microgramos/inhalación y formoterol fumarato dihidrato, 4,5 microgramos/inhalación en presentación de pMDI, 2 inhalaciones cada 12 horas y Salbutamol a demanda en sistema pMDI. Refiere que lleva desde el inicio de la pandemia con bajo ánimo, preocupada y ha salido poco de casa, reconoce que ha tomando su medicación habitual de forma irregular. Solicita una analítica por su cansancio.

Al comprobar su historia clínica, vemos que desde hace 1 año no se ha realizado una espirometría. No nos constan ingresos ni visitas a urgencias por agudizaciones en el último año.

AP: HTA y dislipemia.

Exploración y pruebas complementarias

Revisamos la Espirometría previa: volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1): 49 %. Capacidad vital forzada (FVC): 79 %. FEV1/FVC posbroncodilatación (PBD): 51 %. Prueba broncodilatadora: negativa.

La paciente presenta buen estado general, bien orientada. No presenta cianosis. SaO2 93 %. Eupneico en reposo. IMC 32. TA 140/80 mmHg.

Tórax: AC rítmica 86 lpm. Soplo sistólico en todos los focos. AP: roncus y sibilantes con disminución del murmullo vesicular. Subcrepitantes basales ya conocidos.

mMRC 3, CAT 26, TAI 12: 49 (23 en los ítems 1-5 y 23 en los ítems 5-10).

Analítica: hemograma y bioquímica normales, excepto la glucosa (133 mg/dl). Hemoglobina glicosilada: 7,2 .

ECG: RS 86 lpm sin alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico

Esta paciente presenta un incumplimiento de su medicación inhalada y que es tanto errático como deliberado.

Diagnóstico diferencial

Exacerbación leve de la EPOC.

IRA.

TEP.

Comentario final

Se trata de una paciente EPOC de riesgo alto no agudizadora con errores críticos de incumplimiento terapeútico. La revisión de la técnica de la terapia inhalada debe ser uno de los pilares básicos en las consultas de revisión del EPOC en AP. No sólo la medicación que toma y su dosis prescrita sino también cómo realiza la técnica. En éste caso el enfermero repasa con la paciente los pasos a seguir de sus inhaladores y se observan varios errores críticos confirmando que la medicación no está llegando de forma correcta a sus bronquios y por tanto no consigue el efecto esperado.

En éstos casos el equipo de EAP debe valorar cambiar el inhalador prescrito. En éste caso que la paciente utiliza pMDI se podría añadir una cámara de inhalación para simplificar los pasos. Otra opción sería cambiar de dispositivo a polvo seco o nube de vapor o por último simplificar en un sólo dispositivo varias medicaciones.

En este caso y de forma consensuada con el equipo, se decide añadir la cámara de inhalación mejorando en unos días su disnea y calidad de vida. Un sencillo paso con un gran resultado.

Bibliografía

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019.

Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017 / Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64

Palabras clave (máximo 3)

Terapia inhalada. EPOC. Disnea.

477/66. UN MAL DOLOR DE HOMBRO

Autores:

(1) Ordóñez Pastor, Ana, (2) Sáez Marco, Pilar, (1) Mejias Montesdeoca, Patricia, (1) el Halabi Díaz, Dina Ziad, (3) Quijano Contreras, María Isabel, (2) Gran Tijada, Clara

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 70 años fumador activo de más de 30 años con antecedentes personales de EPOC que presenta parestesias y dolor en miembro superior derecho de un mes de evolución, que no empeora con los movimientos y persiste en reposo. Cede de forma parcial con paracetamol. No alteraciones motoras ni pérdida de sensibilidad. No empeoramiento de su disnea basal. No fiebre ni pérdida de peso. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido, constantes vitales dentro de rango, no fiebre. Eupneico en reposo, saturación de oxigeno 97%. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar murmullo vesicar conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Miembro superior derecho: dolor a la movilidad activa y pasiva, movilidad conservada, sensibilidad y vascular conservados, no se palpan adenopatias axilares ni cervicales. ECG ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones de la repolarización. Analítica sin alteraciones. Radiografía en centro de salud: se aprecia consolidado en vertice pulmonar derecho. Se deriva a consultas externas de neumología para estudio de masa en lobulo superior derecho. TAC torácico: consolidación del LSD en segmento apical con áreas de necrosis y cavitaciones en su interior y broncograma aéreo, erosión de segunda costilla derecha, adenopatía hiliar dercha. Broncoscopia (PAAF): carcinoma no microcítico de pulmón. Histología: carcinoma poco diferenciado de celula no pequeña. Estudio de extensión mediante PET-TAC negativo.

Juicio clínico

Carcinoma no microcítico de pulmón, estadio III.

Diagnóstico diferencial

Procesos osteoarticulares y periarticulares (lesión del manguito rotador…), lesión cervical y neurológica, neoplasia pulmonar (primario vs metástasis), nódulo pulmonar solitario, procesos infecciosos (neumonía, tuberculosis...).

Comentario final

El cáncer de pulmón es el segundo tumor maligno más frecuente en nuestra población y es la primera causa de muerte por neoplasia maligna. Presenta relación con el consumo de tabaco y su máxima incidencia se encuentra entre los 55 y 65 años. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma, seguido del epidermoide y microcítico. El adenocarcinoma y el de células grandes suelen presentarse como masa periférica con afectación pleural, mientras el epidermoide y el de células pequeñas suelen aparecer como una masa a nivel central en los grandes bronquios. El síntomas más frecuente es la tos, seguido de expectoración hemoptoica, dolor pleural/costal o en miembro superior, disnea e hipoxemia y derrame pleural maligno, entre otros. En algunos casos, puede llegar a invadir estructuras adyacentes o adenopatías hiliares,

llegando a producir el síndrome de vena cava (sobre todo en cancer microcítico) y en otros casos, puede provocar el síndrome de Pancoast (como es el caso del paciente de nuestro caso clínico) que se caracteriza por dolor en hombro que se irradia por borde cubital del brazo y que puede acompañarse de erosión de costillas y de síndrome de Claude-Bernard-Horner (miosis, ptosis, enoftalmos y anhidrosis ipsilateral). El diagnóstico inicial se realiza con pruebas de imagen como radiografía de tórax y TAC, pero requiere de confirmación histológica mediante broncoscopia y estudio de extensión. El tratamiento varía en función del tipo histológico, afectación ganglionar metastásica y de la clínica.

Bibliografía

Tumores broncopulmonares, capítulo 79. Farreras.

Palabras clave (máximo 3)

Hombro. Masa. Pulmón.

477/67. ANALIZAR BIEN LA IMAGEN

Autores:
(1) Tijada, Clara, (2) Quijano Contreras, María Isabel, (3) Sáez Marco, Pilar, (3) Campo Beitia, Iker, (4) Mejias Montesdeoca, Patricia, (4) Ordóñez Pastor, Ana

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid, (3) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja

Resumen:

Descripción del caso

Varón sano de 17 años que consulta por dolor centro torácico de veinticuatro horas de evolución de inicio súbito, intenso, que se incrementa con la respiración profunda, empeorando en decúbito. Odinofagia los días previos. Sin disnea, palpitaciones, cortejo vegetativo, tos ni fiebre. Niega traumatismo.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable, afebril. En la auscultación pulmonar crepitación en región paraesternal izquierda. Resto anodino.

Se realiza electrocardiograma ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, con complejo QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización, con PR y QTc normales. Analíticamente sin leucocitosis ni neutrofilia, tampoco elevación de reactantes de fase aguda. Iones normales. Troponina T negativa.

Se realiza radiografía de tórax que muestra línea de neumomediastino, que se confirma en TAC torácico, descartando otras alteraciones.

Juicio clínico

Neumomediastino.

Diagnóstico diferencial

- Pericarditis
- Neumotorax

Comentario final

El paciente ingresó en cirugía torácica con diagnóstico de neumomediastino espontáneo, tratado de forma conservadora con reposo, oxigenoterapia, analgesia y profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico, con buena evolución, siendo dado de alta asintomático tras tres días de ingreso, con mejoría radiológica.

Aunque es una entidad infrecuente, debe estar presente en el diagnóstico diferencial de dolor torácico. Se da típicamente en varones jóvenes en ausencia de enfermedades o factores precipitantes. El tratamiento suele ser conservador, y su pronóstico favorable, siendo infrecuentes recidivas.

Bibliografía

Ruiz-Ruiz F. J, Sampériz A., Rubio T., Escolar F. Neumomediastino espontáneo. Anales Sis San Navarra. Scielo. 2006 vol.29 no.2.

Palabras clave (máximo 3)

Dolor torácico, neumomediastino.

477/68. DISNEA POST-COVID

Autores:
(1) Tijada, Clara, (2) Quijano Contreras, María Isabel, (3) Sáez Marco, Pilar, (3) Campo Beitia, Iker, (4) Mejias Montesdeoca, Patricia, (4) Ordóñez Pastor, Ana

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid, (3) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 58 años obeso, hipertenso y que padece fibrosis pulmonar idiopática. Como antecedentes familiares destacar historia de fibrosis pulmonar idiopática (FPI): Un hermano con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática ya trasplantado. Otro hermano diagnosticado de fibrosis pulmonar fallecido. Madre fallecida por fibrosis pulmonar. Dos hermanas con telómero+ FPI leve.

Acude a la consulta porque tras haber sido dado de alta en diciembre de 2020 por neumonía bilateral, secundaria a SARS COV2, ha comenzado con disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos.

Niega fiebre, tos y/o expectoración ni cualquier otro tipo de sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable, afebril. Sat02 94%. Normohidratado y normocoloreado. En la auscultación pulmonar crepitantes en ambas bases. Eupneico en reposo, no cianosis, no acropaquias. No signos de trabajo respiratorio. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos ni signos de fallo cardiaco.

Se solita una radiografía que muestra un aumento de densidad en hemitórax derecho, zona paraescapular e inferior y dudoso infiltrado basal izquierdo.

Dado el empeoramiento clínico y radiológico del paciente se decide derivar a la urgencia del Hospital.

Juicio clínico

Disnea Por Neumonía Post-Covid En Paciente Con Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Diagnóstico diferencial

Infección Respiratoria.

Tromboembolismo Pulmonar.

Comentario final

El paciente ha permanecido afebril, con disnea de moderados esfuerzos e infiltrados pulmonares persistentes, descartándose causa infecciosa y relacionando estos infiltrados con la patología de base del paciente. Dada la mala evolución clínica se decide comenzar tratamiento antifibrótico con Pirfenidona que no se había iniciado hasta el momento por la buena evolución y estabilidad de la enfermedad.

A modo resumen saber que la FPI predomina en el sexo masculino, en edades avanzadas, con tos y/o disnea progresivas. Un 5% se presenta como una forma familiar.

La tomografía axial computarizada de tórax, fundamental en el diagnóstico, en al menos un 50% hace innecesaria la biopsia. El diagnóstico es conjunto con clínicos, radiólogos y patólogos.

La sobrevivencia media es de tres a cinco años desde el diagnóstico. La historia natural es un deterioro progresivo, pero hay formas rápidas y también pueden aparecer exacerbaciones que ensombrecen el pronóstico.

Diversas comorbilidades se han descrito como la hipertensión pulmonar, la asociación con enfisema y el reflujo gastroesofágico. Sólo recientemente aparecen fármacos útiles, que son la Pirfenidona y el Nintedanib. El clásico esquema de prednisona, azatriopina y N-acetil cisteina, se ha demostrado ineficaz. Otros recursos que pueden utilizarse como complementos útiles en la enfermedad son el oxígeno, la rehabilitación, las terapias antirreflujo y el manejo sintomático de la tos.

Bibliografía

Álvaro Undurraga P. Fibrosis pulmonar idiopatica. Enfermedades pulmonares en el adulto, páginas 292-301 (Mayo 2015) Vol. 26. Núm. 3.

Palabras clave (máximo 3)

Fibrosis pulmonar, disnea.

477/69. UN PATRÓN RESTRICTIVO CON SORPRESA

Autores:

(1) Mejias Montesdeoca, Patricia, (2) Gran Tijada, Clara, (1) Ordóñez Pastor, Ana, (3) Quijano Contreras, María Isabel, (1) el Halabi Díaz, Dina Ziad, (2) Campo Beitia, Iker

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 68 años con antecedentes personales de dislipemia, obesidad grado 2 e hipertensión arterial que consulta por disnea progresiva grado 3 de un año de evolución, sin tos, fiebre, cortejo vegetativo, dolor torácico ni palpitaciones. Edemas vespertinos en extremidades inferiores. Sin disnea paroxística nocturna. Ortopnea de 2 almohadas sin nicturia. Síntomas de reflujo gástrico ocasionales a pesar de tratamiento con Lanzoprazol. Tratamiento habitual: Rosuvastatina, Lansoprazol, Manidipino. Tratamos con furosemida sin clara mejoría por lo que solicitamos interconsulta a Cardiología que realiza ecocardiograma donde objetivan hipertrofia ventricular izquierda. Se solicita MAPA con tensión arterial promedio de 154/82mmHg, comportamiento no dipper y picos aislados de HTA sistólica. Cambiamos tratamiento por Losartán y Doxazosina con mejoría de cifras tensionales. Dada de alta con diagnóstico cardiopatía hipertensiva, persisten síntomas por lo que sospechamos probable origen pulmonar. Pautamos budesonida/formoterol inhalados sin mejoría, derivando a Neumología para descartar EPID.

Exploración y pruebas complementarias

138/88mmHg, 65lpm. Saturación basal98% y desaturaciones con esfuerzos mínimos84%.

Auscultación cardiaca y pulmonar sin hallazgos. No ingurgitación yugular ni acropaquias. Edemas con ligera fóvea en miembros inferiores. Analítica sin alteraciones. ProBNP94 y Dimero D normal. ECG: ritmo sinusal 63lpm, eje21º, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de repolarización. Radiografía tórax: aumento de trama basal bilateral sin condensaciones ni derrame. ICT50-55%. Espirometria (Atención Primaria): patrón restrictivo con prueba broncodilatadora positiva. Solicitamos TAC torácico(AP) que objetiva gran hernia de hiato (HH) con totalidad del fundus en localización intratorácica.

Juicio clínico

Disnea por hernia de hiato.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca congestiva, EPID, angina, anemia.

Comentario final

La HH as una protrusión del estómago u otro órgano intrabdominal en la cavidad torácica que afecta al 15-20% de la población. La edad aumenta el riesgo de padecerla debido a la laxitud de la crura diafragmática y la repetición de situaciones con aumento de presión intraabdominal. Los síntomas más comunes son digestivos: pirosis, regurgitación, disfagia progresiva, náuseas y vómitos. Las manifestaciones respiratorias asociadas a la HH como la disnea, tos y el dolor torácico suelen pasar desapercibidos y ser atribuidos a otras causas. Existen 4 tipos de HH, mientras que la tipo I se produce por deslizamiento, el resto se trata de hernias paraesofágicas que cuentan con saco herniario. La variedad más frecuente es la tipo I (85%) producida por desplazamiento de la unión gastroesofágica por encima del diafragma. La tipo II resulta de un defecto en la membrana frenoesofágica con herniación del fundus gástrico pero sin deslizamiento de la unión gastroesofágica, en este contexto puede producirse un vólvulo gástrico. La tipo III combina la I y la II. Por último la tipo IV se asocia a un gran defecto en la membrana frenoesofágica que facilita la herniación de órganos distintos del estómago. En nuestra paciente la sintomatología desapareció con la reparación quirúrgica del defecto diafragmático. Este caso ilustra la importancia de la detección y tratamiento en aquellos pacientes sintomáticos, pudiendo suponer un cambio drástico en la calidad de vida.

Bibliografía

Patel S, Yarra S, Owji S, et al.Minding the Gap:Clinical Manifestations of a Rare Type IV Hiatal Hernia.Cureus.2020 Jul.12(7):e9275.DOI10.7759/cureus.9275

Palabras clave (máximo 3)

Disnea. Hernia. Reflujo.

477/70. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN ESPAÑA. LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Autores:
(1) Gómez Sáenz, José Tomás, (2) Gran Tijada, Clara, (3) Mejias Montesdeoca, Patricia, (2) Campo Beitia, Iker, (2) Sáez Marco, Pilar, (3) Ordóñez Pastor, Ana

Centro de Trabajo:
(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja

Resumen:

Objetivos

Objetivo Principal.

1. Conocer las características clínicas de los pacientes con cáncer de pulmón en España
2. Objetivos secundarios.
3. Conocer la clínica de presentación de los pacientes con diagnóstico de Cáncer de pulmón
4. Conocer los factores de riesgo asociados a la presentación de un cáncer de pulmón
5. Conocer las características anatomopatotológicas de los cánceres de pulmón
6. Conocer el estadio clínico al diagnóstico
7. Conocer los tratamientos empleados en el cáncer de pulmón
8. Conocer la evolución de los pacientes
9. Evaluar la mortalidad del cáncer de pulmón

Metodología

Pacientes diagnosticados en CP desde enero de 2022 a diciembre de 2024.

Se estudiarán variables demográficas, de consumo de tabaco, clínica a la presentación, tratamiento realizado, evolución… Para ello se realizará una plataforma informática desde la que, de forma anonimizada, los médicos participantes incluirán progresivamente los datos de los pacientes. Dado el periodo de investigación se precisará de un comité científico que evalúe los datos y tenga contacto con los investigadores para poder dar continuidad al estudio.

Es estudio se desarrollará en toda España dirigido fundamentalmente a los médicos de AP pero en los que se debe contar con las Redes de Investigación de Semergen.

Resultados

Final 2024.

Conclusiones

Cronograma.

Mayo 2021 CEIMLAR.

Julio 2021 a Octubre de 2021, obtención de los Permisos de los distintos comités éticos.

2022 a 2024 inclusión de los casos Junio de 2025. Publicación de los datos y conclusiones.

Palabras claves (máximo 3)

Cáncer de Pulmón.

477/71. ASMA Y SEXUALIDAD. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Autores:
(1) Ordóñez Pastor, Ana, (2) Guerrero Alonso, Paula, (3) Gran Tijada, Clara, (3) Sáez Marco, Pilar, (1) Mejias Montesdeoca, Patricia, (1) el Halabi Díaz, Dina Ziad

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (3) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja

Resumen:

Objetivos

Valorar la influencia del asma sobre la presencia de disfunciones sexuales en mayores de 18 años.

Objetivos específicos.

Determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en diagnosticados de asma.

Valorar la existencia de relación entre las disfunciones sexuales y la gravedad del asma, comorbilidades, tiempo de enfermedad, grado de control, diagnóstico objetivo y tratamiento utilizado en hombres asmáticos.

Valorar la existencia de relación entre la calidad de vida y la gravedad del asma, comorbilidades, tiempo de enfermedad, grado de control, diagnostico objetivo y tratamiento utilizado en hombres asmáticos.

Valorar el grado de ansiedad/depresión en mayores de 18 años con diagnóstico de asma.

Medir la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en mayores de 18 años diagnosticados de asma Valorar rasgos de ansiedad/depresión en mayores de 18 años con diagnóstico de asma.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, y prospectivo en la zona básica de salud de Nájera en mayores de 18 años diagnosticados de Asma.

Inclusión y exclusión:

mas 18 años con diagnóstico de asma capaces de entender los cuestionarios y otorgar consentimiento informado.

Población: todos los pacientes con diagnóstico de asma. El grupo control se obtendrá por pares y que se encuentre con el mismo sexo y rango de edad.

variables demográficas, clínicas y cuestionarios FSH, FSM2, SF-12v2 y HADS.

Resultados

Aprobación por el CEIMLAR.

muestra (1 de julio 31 de julio de 2021).

Recogida de datos (1 de agosto a 31 de diciembre de 2021).

Evaluación estadística (1 de enero al 31 de marzo de 2022).

Conclusiones

Al finalizar estudio.

Palabras claves (máximo 3)

asma salud sexual.

477/72. ÉPOC Y SEXUALIDAD. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Autores:
(1) Sáez Marco, Pilar, (2) Gómez Sáenz, José Tomás, (1) Gran Tijada, Clara, (1) Campo Beitia, Iker, (2) Guerrero Alonso, Paula, (3) Mejias Montesdeoca, Patricia

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja

Resumen:

Objetivos

Valorar la influencia del EPOC sobre la presencia de disfunciones sexuales en mayores de 18 años.

Objetivos específicos.

Determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en diagnosticados de EPOC.

Valorar la existencia de relación entre las disfunciones sexuales y la gravedad del EPOC, comorbilidades, tiempo de enfermedad, grado de control, diagnóstico objetivo y tratamiento utilizado en hombres asmáticos.

Valorar la existencia de relación entre la calidad de vida y la gravedad del EPOC, comorbilidades, tiempo de enfermedad, grado de control, diagnostico objetivo y tratamiento utilizado en hombres asmáticos.

Valorar el grado de ansiedad/depresión en mayores de 18 años con diagnóstico de EPOC.

Medir la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en mayores de 18 años diagnosticados de EPOC.

Valorar rasgos de ansiedad/depresión en mayores de 18 años con diagnóstico de EPOC.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, y prospectivo en la zona básica de salud de Nájera en mayores de 18 años diagnosticados de EPOC.

Criterios de inclusión y exclusión:

Mas 18 años con diagnóstico de EPOC capaces de entender los cuestionarios y otorgar consentimiento informado.

Población: todos los pacientes con diagnóstico de EPOC. El grupo control se obtendrá por pares y que se encuentre con el mismo sexo y rango de edad.

Variables demográficas, clínicas y cuestionarios FSH, FSM2, SF-12v2 y HADS.

Resultados

Aprobación por el CEIMLAR.

muestra (1 de julio 31 de julio de 2021).

Recogida de datos (1 de agosto a 31 de diciembre de 2021).

Evaluación estadística (1 de enero al 31 de marzo de 2022).

Conclusiones

Palabras claves (máximo 3)

EPOC salud sexual.

477/73. MANEJO DEL PACIENTE CON BAJO RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Autores:
(1) Carbó Jordà, Albert, (2) Cubelos Fernández, Naiara, (1) Robles Martín, Estefanía, (3) González Revuelta, Enrique, (4) González Gago, Marta, (5) Fínez Carro, Ana Julia

Centro de Trabajo:
(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. San Andrés del Rabanedo. León, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León VI. León

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 28 años que acude a Urgencias por dolor en hemitórax derecho de tipo pleurítico de 12 horas de evolución, acompañado de sensación subjetiva de disnea, sin otra sintomatología acompañante. Refiere que el dolor apareció de forma brusca sin traumatismo ni sobreesfuerzo previos. Sin antecedentes patológicos de interés ni antecedentes familiares de eventos tromboembólicos.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta buen estado general, eupneico en reposo sin O2. Tensión arterial 135/81 mmHg, frecuencia cardíaca 95 lpm, saturación de O2 98%, temperatura 36,5 ºC. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. El paciente no presenta dolor a la palpación en parrilla costal derecha. En el electrocardiograma se evidencia bloqueo incompleto de rama derecha, que no puede ser contrastado con estudios previos al no existir otros registros en la historia clínica. La RX de tórax no presenta alteraciones. La gasometría arterial basal está dentro la normalidad. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), se solicita dímero D, que resulta positivo (1.835 ng/mL). Al no poder descartarse TEP se realiza AngioTC de arterias pulmonares, estudio que resulta no concluyente, de forma que a continuación se decide pedir gammagrafía V/Q, que resulta negativa.

Juicio clínico

Dolor torácico de tipo mecánico.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, neumotórax espontáneo, pericarditis.

Comentario final

El diagnóstico de TEP se obtiene mediante la combinación de la sospecha clínica, la determinación de dímero D y las pruebas de imagen. Un problema frecuente al que nos enfrentamos en el entorno de Urgencias es la solicitud de pruebas de imagen innecesarias en pacientes de bajo riesgo para TEP. Las escalas de riesgo para TEP, como la de Wells o la de Ginebra, y el algoritmo Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC) son herramientas de gran utilidad a la hora de decidir el siguiente paso en la evaluación de nuestro paciente. En el caso clínico presentado, el paciente tiene una baja probabilidad de TEP según la escala de Wells, de forma que a continuación debería determinarse el dímero D para descartar dicha patología. Pero si en este punto aplicamos el algoritmo PERC, podemos determinar que nuestro paciente no cumple ninguno de sus criterios que nos justifique solicitar el dímero D. Si se hubieran aplicado ambas herramientas, el paciente podría haber sido dado de alta de Urgencias sin pruebas de imagen adicionales, estudios que no están exentos de riesgo para el paciente y que además suponen un gasto innecesario.

Bibliografía

Penaloza A, Soulié C, Moumneh T, Delmez Q, Ghuysen A, El Kouri D, et al. Pulmonary embolism rule-out criteria (PERC) rule in European patients with low implicit clinical probability (PERCEPIC): a multicentre, prospective, observational study. Lancet Haematol 2017;4(12):e615-e621. doi:10.1016/s2352-3026(17)30210-7

Palabras clave (máximo 3)

TEP, dímero, PERC.

Índice de Autores

Índice de autores

A

Adame Sanz, Laura 77
Alonso Lobo, Arturo 12, 25
Álvarez Suárez, María Elena 37
Álvarez-Franco Cañas, Fernando 38-42, 46-47, 50, 53, 55-56, 64, 66, 71-72
Amat Valiente, Yolanda 45, 54
Andrea Andérez, Jorge 78
Andreu Mondón, Joana 45, 54
Aneri Vacas, María 77
Anselmi González, Sabrina Rosmar 38-39, 42, 46-47
Arrimada García, Margarita 38-42, 46-47, 50, 53, 55-56, 64, 66, 71-72
Arroyo Masa, Carlos Javier 47-48, 58-59, 61-62

B

Baca Osorio, Antonio José 10, 12
Baños Morras, Raquel 13, 32
Bassa Massanas, Alexandre 13, 34
Bermúdez Mateu, Marta 65
Boillat Oriani, Gerardo Andrés 68
Bonnardeaux Chadburn, Cristina 11-12, 27, 34
Bravo Roncero, Ana Maria 65
Bron Butera, Daniel 57

C

Calleja Pascual, José Manuel 42
Calvo Aguiriano, Isabel 70
Campo Beitia, Iker 80-83
Carbó Jordà, Albert 70, 84
Carmona Ayuela, Begoña 70
Carrillo Pilo, Francisco José 69
Casal Codesido, José Ramón 38
Castro Mariño, Pablo 43-44
Cervera Centenero, Juan Manuel 47-48, 58-59, 61-62
Chavero Carrasco, Victoriano 11, 24
Colás, Carlos 37
Contreras Briones, Luis 12, 28
Correcher Salvador, Zaira Mª 10

Cruz Romo, Marta 63, 67, 74
Cuadra Sanmiguel, Rebeca 49
Cubelos Fernández, Naiara 38, 49-50, 70, 84
Cuvillo Mergelina, Ana 36, 73

D

de Román Martínez, Blanca Delia 55, 60
de Simón Gutiérrez, Raúl 11, 23
del Pozo Vegas, Carlos 38
Delgado Romero, Julio 12, 26
Díaz Caler, Ana Belén 76
Díaz-Maroto Muñoz, José Luis 12, 28
Domínguez Dávila, Natalia 57

E

el Halabi Díaz, Dina Ziad 79, 81, 83
Escalona García, Carmen 36, 73
Escamilla Guinea, Saioa 42, 51
Escoz, Anna 44
Escudero Álvarez, Saúl 38

F

Fariña González, Hadrián 57
Faúndez Fernández, Antonio 68
Faundez Fernández, Jose Javier 50, 68
Fernández Bersabé, Alicia 77
Fernández Diez, Sandra 50, 71
Fernández Martínez de Septien, carmen 43
Fernández Villar, Jesús 38-42, 50, 53, 55-56, 64, 71
Fernández Villar, Mª Paz 50, 71
Fínez Carro, Ana Julia 84

G

García Andrés, Luis Enrique 38-42, 50, 71
García Iglesias, Cristina 38
García Matarín, Lisardo 11, 23
García Méndez, Leopoldo 9, 15
García Montes De Neira, Miguel 78
García-Rámila San José, Carmen 9, 11
Gil Adrados, Ana Carmen 9, 15
Ginel Mendoza, Leovigildo 12, 26

Gómez Sáenz, José Tomás 9-11, 13, 18, 22, 34, 82, 83
González Anoro, Eva 45, 54
González Béjar, Milagros 10, 20
González Carranza, Silvia Mª 36, 40, 66, 72
González Gago, Marta 84
González Revuelta, Enrique 84
Gran Tijada, Clara 13, 29, 79, 81, 83
Grau Comas, Enric 74
Guerrero Alonso, Paula 83
Guerrero Tejera, Ramón 53, 64
Gutiérrez Pereira, Paula 63, 67, 74

H

Halabi Lucero, María de la Paloma 60
Helguera Quevedo, José Manuel 9, 16
Hermida Manso, José Luis 41, 55-56
Hermoso Sabio, Antonio 10, 20
Herrero Alonso, Cecilia 65, 74
Hidalgo Requena, Antonio 9-10, 17, 20, 77

I

Ibancos Arnaldos, José María 12, 26
Ibáñez Cabezas, Lara 51
Iturralde Iriso, Jesús 42, 51

J

Jerez Viñas, Nuria 74

L

Labrador Horrillo, Moisés 9, 15
Larrea Rodríguez, Nerea 66
Leal Correa, Bartolomé 10, 19, 63, 66-67, 69, 74
López Caro, Juan Carlos 12, 28
López Lifante, Victor Miguel 65, 74
López Serrano, María Ascensión 43-44, 51-52

M

Madera González, Enrique 41, 55-56
Maestro Prada, Isabel 47-48, 58-59, 61-62
Marabé Hernández, Luis 63, 67, 74
Marangues , Maribel 10
Margallo Iribarnegaray, Juan 47-48, 58-59, 61-62

Martín Enguix, David....11, 21
Martin Lopez, Patricia....65
Martín Pérez, Pedro Jesús....11-12, 27, 34
Martínez García, Francisco Vicente....9, 34
Martínez Perona, Elisa....75-76
Mediavilla Tris, Gregorio....51
Mejía Ganoza, Ione Verónica....57
Mejias Montesdeoca, Patricia....79-83
Miravitlles , Marc....9, 34
Morales Escobar, Francisco Jesús....11, 21
Morán Bayón, Álvaro....12, 25
Murillo García, Diego....10, 20

N

Núñez Hernández, María Luisa Carlota....36

O

Ordóñez Pastor, Ana....79-83
Ortega Horrillo, Maria Eugenia....42
Osawa Rodríguez, María....70

P

Pache Ferrero, Laura....36, 73
Peis Redondo, José Ignacio....9, 16
Peleteiro Cobo, Beatriz....49
Pérez González, Aitza Mindre....60
Pérez Vázquez, Carlos....40
Pinel Monge, Margarita....10, 12, 19, 42, 51
Prieto Romo, José Ignacio....10, 18
Pupo Cheng, Miyousi....53, 64

Q

Quijano Contreras, María Isabel....79-81
Quintano Jiménez, José Antonio....11, 22-23
Quirós Ambel, Candela María....36, 63, 67, 73-74

R

Razak Soriano, Maryam....66, 69, 74
Redondo Margüello, Esther....12, 25
Regés, Carlos Eduardo....36
Rey Aldana, Daniel....11, 23
Riaza Ocio, Carmen....13, 31

Richard Rodríguez, Luis 13, 34
Riesco Miranda, Juan Antonio 9, 34
Robles Martín, Estefanía 70, 84
Rodríguez Álvarez, María del Mar 57
Rodriguez Correro, Beatriz 65, 74
Rodríguez Onieva, Araceli 13, 33, 77
Rodríguez Porres, Mariano 13, 31
Rojas, Nerea 68
Ruíz-Canela Gallardo, Maria Magdalena 77

S

Sáenz de Pipaón Ayala, Leyre 13, 31
Sáez Marco, Pilar 13, 29, 79-80, 82-83
Sala Leal, Josefina 74
Sánchez Gómez, Casimiro 66, 69
Sánchez Jaén, Mónica 49-50, 68
Sánchez Romero, Marina 47-48, 58-59, 61-62
Serrano Llop, Helena 47-48, 58-59, 61-62
Stolle Arranz, Rosa 12, 25

T

Toranzo Nieto, Santiago 50, 68
Trillo Calvo, Eva 10, 18, 37

U

Urra Andarsio, Nelson 57

V

Valero López, Iván 9, 12, 26
Vallejo Basurte, Carmen 77
Varona Castrillo, Javier 60
Vázquez Mallada, Delio 12, 28, 49, 68
Venegas Henquen, Marnie 43-44, 51-52
Vicente Martín, Víctor 60
Vicente Montes, Beatriz 55-56
Vicioso Ranz, Pedro Antonio 11, 21
Viejo Casas, Ana 10, 17, 78
Viñuela García, Nuria 38-39, 42, 53, 64

Z

Zamarrón Moreno, Julio Leopoldo 9, 16
Zuleta Valencia, Juan Camilo 75

Organiza

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP
Respiratorio

CNV 00188-2018

www.facebook.com/Semergen

www.twitter.com/SEMERGENap

Secretaría Técnica

ap congress

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