

# REVISTA JORNADAS DE RESPIRATORIOS DE SEMERGEN

número 1. Año 2017



Santiago de Compostela

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



Secretaría técnica:



C/Narváez 15-1' Izq  
28009 - Madrid  
tel: 902 430 960  
fax: 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

## **EDITORES**

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

## **COMITÉ EDITORIAL**

Rafael Alonso Matía  
Ana Carmen Gil Adrados  
José Helguera Quevedo  
Antonio Hermoso Sabio  
Inés López Fernández  
José Ramón Parada Jorgal  
Miguel Ángel Prieto Díaz

## **Número 1. Año 2017.**

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

**Lugar:** Santiago de Compostela

**ISSN:** 2445-415X

*Copyright 2017. 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

*Santiago de Compostela, 31 de marzo de 2017*

En nombre del Comité Organizador y Científico, nos dirigimos a vosotros para agradecer vuestra asistencia las VII Jornadas Nacionales del Grupo Respiratorio de SEMERGEN, que se celebran los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017 en Santiago de Compostela.

Santiago de Compostela junto con Jerusalén y Roma es un importante núcleo de peregrinación Cristiana, al señalar la tradición que allí se dio sepultura al Apóstol Santiago el Mayor. También es un lugar de encuentro multicultural y un espacio abierto a la celebración de multitud de eventos científicos.

La patología respiratoria es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los centros de salud. Por ello, queremos abordar en estas VII Jornadas las enfermedades respiratorias desde el punto de vista de la Atención Primaria y desde el segundo nivel de Atención Especializada.

Cómo abordamos la enfermedad respiratoria, cómo nos relacionamos entre niveles asistenciales, aportación de las últimas actualizaciones en las guías clínicas, etc., son temas que se desarrollarán en las distintas mesas, talleres, conferencias y puestas al día que tendrán cabida en estas Jornadas que tienen el reconocimiento de interés sanitario.

Por tratarse de unas Jornadas de puertas abiertas, llevaremos nuestra presencia a las calles de Santiago con la instalación de una carpa a la que los ciudadanos puedan acercarse para ser informados y asesorados sobre asma, EPOC, tabaco y apnea del sueño.

Tampoco queremos olvidarnos de los pacientes, y para ello celebraremos dentro de las Jornadas una caminata de médicos y pacientes para concienciar a la sociedad y servicios sanitarios de la necesidad de establecer medidas preventivas que actúen sobre aquellos factores relacionados con la aparición de enfermedades respiratorias.

Esperando que estos días podáis disfrutar del programa científico que hemos preparado, os enviamos un afectuoso saludo.



**Dr. D. Leopoldo García Méndez**  
*Presidente del Comité Organizador.*



**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**  
*Coordinador de las VII Jornadas Nacionales  
Respiratorio SEMERGEN*

## COMITÉS

### COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:**

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

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

**Coordinador:**

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

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

**Vocales:**

**Dr. D. José Hernández Úrculo**

Médico de Familia. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. José Ramón Parada Jorgal**

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz**

Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo. Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN.

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

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

### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente:**

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

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

**Vicepresidente**

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

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

**Vocales:**

**Dr. D. Rafael Alonso Matía**

Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Bizkaia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Antonio Hermoso Sabio**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia, Consultorio Bellavista. Cajar, Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

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

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

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Secretario del Grupo de Trabajo de Respiratorio y miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

**Dr. D. José Helguera Quevedo**

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

## INFORMACIÓN GENERAL

### FECHA DE CELEBRACIÓN Y SEDE

Fecha: 31 de Marzo y 1 de Abril de 2017

Sede: Gran Hotel Los Abetos

Calle San Lázaro, s/n, 15820 Santiago de Compostela, La Coruña

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

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

### SECRETARÍA TÉCNICA:



ap congress

C/ Narvéez 15, 1º izq.

28009 Madrid

Tel: 902 430 960 | Fax: 902 430 959

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

## ACREDITACIONES CIENTÍFICAS

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

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

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



# PROGRAMA CIENTÍFICO

## VIERNES 31 DE MARZO

10.00 - 13.05 h.

### Jornada precongresual de Residentes. MIR: Necesidades formativas en Patología Respiratoria.

#### Presentación Jornadas Residentes-Respiratorio.

##### Presentadora:

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

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

#### Taller: Actualización manejo tos crónica

##### Ponente:

Dr. D. Alexandre Loureiro Faro

Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Matamá Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### Taller: Oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

##### Ponente:

Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero

Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1 Córdoba. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### Taller: Infección del tracto respiratorio inferior en Atención Primaria.

##### Ponente:

Dr. D. José Ramon Parada Jorgal

Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### Taller: Iniciándonos en la Ventilación Mecánica No Invasiva.

##### Ponente:

Dr. D. Ramón Tubío Pérez

Médico Residente de 4º año de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

16.30 - 18.00 h.

### Taller: Radiografía de Tórax.

##### Ponente:

Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo

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

16.30 - 18.00 h.

### Taller: Urgencias Neumológicas.

##### Ponentes:

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

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

Dr. D. José Luis Castro Navarro

Médico de Familia. Centro de Salud de Munera; Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo (Albacete). Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.30 - 18.00 h.

### Taller: Ecografía de Tórax.

##### Ponentes:

Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Ramos Hernández

Neumóloga. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Dra. D<sup>a</sup>. Laura Álvarez Suárez

Médico Adjunto. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

16.30 - 18.00 h.

### Taller: Preguntas cortas, respuestas breves en asma. Sesión 1.

##### Ponentes:

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

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dr. D. Bartolomé Leal Correa

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

18.30 - 19.30 h.

### Puesta al día: Pongamos zapatillas a los pacientes con EPOC.

##### Moderador:

Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez

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

#### Doctor, yo ya no puedo...

##### Ponente:

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz

Médico de Familia. Director Médico Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

#### La EPOC fácil

##### Ponente:

Dr. D. Carlos Cabrera López

Neumólogo. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

19.30 - 20.30 h.

### Conferencia Inaugural: La medicina personalizada en las enfermedades del aparato respiratorio.

##### Presentadora:

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

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

##### Ponente:

Dr. D. Ángel Carracedo Álvarez

Facultad de Medicina. Universidad de Santiago. Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica (SERGAS).

## SÁBADO 1 DE ABRIL

08.00-09.00 h.

### Defensa comunicaciones Orales. Sesión 1.

**Moderador:**

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

08.00-09.00 h.

### Defensa comunicaciones Orales. Sesión 2.

**Moderador:**

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz  
Médico de Familia. Director Médico Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

08.00-09.00 h.

### Defensa comunicaciones Orales. Sesión 3.

**Moderador:**

Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados  
Médico de Familia y Comunitaria. Coordinadora médica del Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

08.00-09.00 h.

### Defensa comunicaciones Orales. Sesión 4.

**Moderador:**

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

08.00-09.00 h.

### Defensa Comunicaciones Póster. Sesión 1.

**Moderador:**

Dr. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández  
Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

08.00-09.00 h.

### Defensa Comunicaciones Póster. Sesión 2.

**Moderador:**

Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo  
Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

08.00-09.00 h.

### Defensa Comunicaciones Póster. Sesión 3.

**Moderador:**

Dr. D. Antonio Hermoso Sabio  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Consultorio Bellavista. Cájar, Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

09.00 - 10.15 h.

### Taller: Pruebas funcionales: espirometría y COPD6.

**Ponentes:**

Dr. D. José Hernández Úrculo  
Médico de Familia. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.  
Dr. D. Mariano Rodríguez Porres  
Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

09.00 - 10.15 h.

### Taller: Terapia inhalatoria. Sesión 1.

**Ponentes:**

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza  
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo Respiratorio de SEMERGEN.  
Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardeaux Chadburn  
Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Los Valles. Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

09.00 - 10.15 h.

### Taller: Manejo práctico de la EPOC.

**Ponentes:**

Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados  
Médico de Familia y Comunitaria. Coordinadora médica del Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.  
Dr. D. Francisco Vicente Martínez García  
Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

09.00 - 10.15 h.

### Taller: Preguntas cortas, respuestas breves en asma. Sesión 2.

**Ponentes:**

Dra. D<sup>a</sup>. Milagros González Béjar  
Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.  
Dr. D. Bartolomé Leal Correa  
Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

10.15 - 11.15 h.

### Puesta al día: EPOC: el momento de pasar a la acción.

**Moderador:**

Dr. D. Leopoldo García Méndez  
Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

#### En acción por un paciente activo.

**Ponente:**

Dr. D. Juan Luis Suárez Antelo  
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.

#### 1,2,3 ...EPOC PLUS

**Ponente:**

Dr. D. Daniel Rey Aldana  
Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. Miembro de los Grupos de Trabajo de Urgencias e Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Galicia.

11.45 - 12.30 h.

### Mesa de Actualidad: Vacuna frente a la neumonía. Casos prácticos en la consulta. Sesión 1.

**Moderador:**

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

**Ponente:**

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

11.45 - 12.30 h.

### Mesa de Actualidad: Dispositivos de inhalación y fármacos. Sesión 1.

**Ponentes:**

Dr. D. José Ignacio Prieto Romo  
Médico de Familia. Centro de Salud de Naval Moral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.  
Dr. D. Francisco Javier González Barcala  
Neumólogo. Unidad de Asma. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Profesor asociado de Neumología. Universidad de Santiago de Compostela.

11.45 - 12.30 h.

**Mesa de Actualidad: ¿Qué hacer con el paciente con asma no controlada? Una propuesta práctica. Sesión 1.**

**Moderador:**

Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez

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

**Ponente:**

Dr. D. Vicente Plaza Moral

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona. Coordinador del Comité Ejecutivo de GEMA.

12.30 - 13.15 h.

**Mesa de Actualidad: Vacuna frente a la neumonía. Casos prácticos en la consulta. Sesión 2.**

**Moderador:**

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

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

**Ponente:**

Dr. D. Antonio Hidalgo Requena

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

12.30 - 13.15 h.

**Mesa de Actualidad: Dispositivos de inhalación y fármacos. Sesión 2.**

**Ponentes:**

Dr. D. José Ignacio Prieto Romo

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

Dr. D. Francisco Javier González Barcala

Neumólogo. Unidad de Asma. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Profesor asociado de Neumología. Universidad de Santiago de Compostela.

12.30 - 13.15 h.

**Mesa de Actualidad: ¿Qué hacer con el paciente con asma no controlada? Una propuesta práctica. Sesión 2.**

**Moderador:**

Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez

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

**Ponente:**

Dr. D. Vicente Plaza Moral

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona. Coordinador del Comité Ejecutivo de GEMA.

13.15 - 14.30 h.

**Taller: Terapia inhalatoria. Sesión 2.**

**Ponentes:**

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

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

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

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

13.15 - 14.30 h.

**Taller: EPOC: tratamiento con inhaladores-TAI.**

**Ponentes:**

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

Médico de familia y Comunitaria-CAP Barceloneta-Barcelona. Referente de respiratorio-CAP Barceloneta- Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro de la Junta de Semergen Cataluña.

Dra. D<sup>a</sup>. María Eulalia Esquerria Tuñi

Médica de familia. Referente de Respiratorio del Cap Barceloneta-Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

13.15 - 14.30 h.

**Taller: Desarrollo Profesional Continuo (DPC).**

**Ponente:**

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

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h.

**Taller: Tabaquismo y adolescentes. El comienzo de una adicción.**

**Ponentes:**

Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de respiratorio de SEMERGEN.

Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez

Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y Tabaquismo de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h.

**Taller: Antibioterapia en infección respiratoria ¿lo estamos haciendo bien?**

**Ponente:**

Dr. D. Manuel Linares Rufo

Médico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. Fundación IO. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h.

**Taller: Prevención de embolia pulmonar desde Atención Primaria.**

**Ponente:**

Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco

Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h.

**Taller: Cuidados paliativos en enfermedad respiratoria crónica.**

**Moderador:**

Dr. D. Leopoldo García Méndez

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

**Ponente:**

Dr. D. Alfonso Alonso Fachado

Coordinador del Plan Gallego de Cuidados Paliativos y Subdirector General. Subdirección General de Planificación y Programación Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

17.30 - 18.15 h.

**Conferencia de Clausura: Inhaloterapia en las enfermedades respiratorias obstructivas: de lo bueno... Lo peor.**

**Presentador:**

Dr. D. Leopoldo García Méndez

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

**Ponente:**

Dr. D. Alberto Fernández Villar

Jefe de Servicio Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario Vigo. Director del Comité de Formación y Docencia de SEPAR

# RESUMEN DE PONENCIAS

## MESAS DE ACTUALIDAD

### Vacuna frente a la neumonía. Casos prácticos en la consulta. Sesión 1.

#### Moderador:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

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

#### Ponente:

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

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

La neumonía neumocócica (NN) y la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) son causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. La ENI se presenta de diferentes formas, y la más frecuente es la neumonía bacteriémica.

La vacuna neumocócica polisacárida incluye 23 serotipos, pero presenta limitaciones: no genera memoria inmunitaria, agotamiento en el tiempo, con inmunidad T independiente.

La vacuna neumocócica conjugada 13-valente incluye 13 serotipos, con respuesta T dependiente, y mayor potencia que la polisacárida, actuando sobre la colonización nasofaríngea. Ha demostrado eficacia vacunal en la prevención de ENI y NN, con una sola dosis en el adulto.

El riesgo de ENI y NN se ve aumentado con la edad y con determinadas condiciones y enfermedades concomitantes. Por ello, debemos tener en cuenta los grupos de riesgo susceptibles de vacunación antineumocócica con vacuna neumocócica 13-valente, como los individuos con asplenia, fistulas de LCR, implantes cocleares e inmunodeprimidos (enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, otras neoplasias, enfermedad renal crónica estado 4 y 5, trasplante de órgano sólido o células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, VIH, enfermedad reumatológica autoinmune y enfermedad inflamatoria intestinal). Además, se consideran susceptibles de vacunación neumocócica 13-valente, los sujetos sanos de 65 o más años de edad, y los que presentan factores de riesgo o patologías de base: enfermedades respiratorias, cardiovasculares o hepáticas crónicas, diabetes mellitus en tratamiento farmacológico, tabaquismo y abuso de alcohol.

#### Bibliografía

González-Romo F, et al. Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Rev Esp Quimioter 2017;30(2):142-68

Redondo E, Rivero I, Vargas DA, Mascaraos E, Diaz-Maroto JL, Linares M, et al. Vacunación frente a la neumonía adquirida en la comunidad del adulto. Posicionamiento del Grupo de Neumoexpertos en Prevención. Semergen 2016;42(7):465-75

Grupo de trabajo vacunación frente a neumococo en grupos de riesgo 2015 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015

### Dispositivos de inhalación y fármacos.

#### Ponentes:

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

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

**Dr. D. Francisco Javier González Barcala**

Neumólogo. Unidad de Asma. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Profesor asociado de Neumología. Universidad de Santiago de Compostela.

No hace falta recordar la importancia de las enfermedades respiratorias en general, en el momento actual y en particular la de la EPOC y la del Asma bronquial, porque, a pesar de los avances experimentados en los últimos años, en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, siguen ocupando la actividad diaria de un gran número de médicos de Atención Primaria, así como de Neumólogos. Nos encontramos ante enfermedades que presentan una elevada prevalencia, con importante morbilidad, no siendo causa infrecuente de mortalidad, lo que conlleva un importante gasto económico y social. El tratamiento de elección en estas patologías es el tratamiento inhalado ya que la utilización de la vía inhalatoria supone muchas ventajas, entre las que cabe señalar, la aplicación del fármaco directamente sobre el órgano afecto (llegada directa al órgano diana que es el pulmón), la rapidez de actuación y efectividad de su acción, sumados a la necesidad de administrar dosis mucho menores del fármaco que las empleadas de forma sistémica, con la consiguiente reducción de sus posibles efectos secundarios, pero, la vía inhalada tiene, también, varios inconvenientes como son, que la dosis inhalada es difícil de estimar y no coincide con la dosis de aerosol generado y la dificultad de los pacientes para utilizar correctamente los dispositivos que les son prescritos (precisan adiestramiento), lo que favorece su incumplimiento, con la consiguiente falta de eficacia terapéutica y el insuficiente control de la enfermedad. Por todo ello, será pertinente toda formación o actividad en aras a intentar mejorar el conocimiento de todos los dispositivos de inhalación existentes en el mercado (Accuhaler, Aerolizer, Autohaler, Breezhaler, Easyhaler, Ellipta, Forspiro, Handihaler, ICP clásico -MDI-, Nexthaler, Novolizer, Respimat, Spiromax, Turbuhaler), y como no, la de los fármacos disponibles para ello (CI, LABA, LAMA, SABA, SAMA), así como los principales errores detectados en el uso de la técnica inhalatoria, lo que repercutirá, sin duda, en la elección de un adecuado tratamiento y en la optimización del mismo, con el consiguiente beneficio para nuestros pacientes.

### ¿Qué hacer con el paciente con asma no controlada? Una propuesta práctica.

#### Moderador:

**Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

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

#### Ponente:

**Dr. D. Vicente Plaza Moral**

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona. Coordinador del Comité Ejecutivo de GEMA.

Cuando el paciente asmático no responde apropiadamente al tratamiento la tendencia automática de muchos médicos es incrementar el tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, antes se deberían considerar otros elementos. El objetivo de esta presentación es proponer una evaluación práctica secuencial del paciente con asma no controlada (ANC) en atención primaria. En primer lugar se determinará de forma objetiva que el paciente padece un ANC, mediante la combinación de: 1. Anamnesis, dirigida a identificar posibles exacerbaciones asmáticas recientes, y en la que una sola exacerbación reciente ya es indicativa de ANC; 2. Uso de cuestionarios autoadministrados validados de síntomas asmáticos, como por ejemplo el Asthma Control Test (ACT), que determina ANC cuando su puntuación total es inferior a 20 puntos; y 3. Función pulmonar, mediante espirometría, que en un ANC mostrará una obstrucción de los flujos espiratorios.

Confirmado que el paciente padece un ANC se efectuarán las siguientes 5 acciones secuenciales: A. Confirmar la correcta adhesión del paciente al tratamiento, que incluye el correcto uso de sus inhaladores, para lo cual puede ser muy útil el empleo del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI); B. Confirmar la correcta evitación a desencadenantes, inespecíficos (como el tabaquismo) o específicos (alérgenos en el caso de sensibilización); C. Confirmar que el paciente padece asma de forma objetiva (mediante espirometría u otras exploraciones complementarias) o existen comorbilidades o agravantes (tabaquismo, reflujo gastroesofágico, síndrome de apnea del sueño, etc); D. Incremento de las dosis de los fármacos del tratamiento de mantenimiento (por ejemplo de una combinación glucocorticoide/agonista β2adrenérgico de acción larga) y si el paciente ya los recibe a dosis máximas, añadir nuevos fármacos (tiotropio o montelukast); E. Finalmente, en caso de que el ANC persista, se considerará la opinión del médico especialista.

## PUESTAS AL DIA

### Pongamos zapatillas a los pacientes con EPOC

#### Moderador:

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

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

### Doctor, yo ya no puedo...

#### Ponente:

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia. Director Médico Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La EPOC afecta primariamente al sistema respiratorio. Más del 90% de los pacientes presentan comorbilidades, siendo las más prevalentes HTA, dislipemias, obesidad y arritmias. Las comorbilidades alteran tanto el proceso diagnóstico de la EPOC como el tratamiento.

Las alteraciones pulmonares y musculoesqueléticas limitan la ventilación e incrementan la hiperinsuflación dinámica. Esta disminución de la capacidad de ejercicio es una característica central, siendo la disnea de esfuerzo el síntoma más predominante e invalidante. Muchas de las discapacidades se deben más a comorbilidades a menudo tratables que a la propia patología respiratoria. Los síntomas suelen tener mayor intensidad por las mañanas.

Es escasa la correlación entre los síntomas, capacidad de ejercicio, actividades o calidad de vida con la obstrucción.

Los niveles de actividad física están muy reducidos frente a los sujetos sanos, desde las fases más iniciales. Se relacionan mejor con la supervivencia que los valores espirométricos. Hasta un 43% refieren que la limitación al ejercicio por fatigabilidad de las extremidades es superior a la disnea.

No se puede entender el manejo actual de los pacientes con EPOC sin intervenciones que incluyan el cese del tabaquismo, los tratamientos farmacológicos o la rehabilitación respiratoria (RR).

Se define RR como "aquella intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen, pero no se limitan, al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida, para mejorar la condición física y psicológica y promover la adherencia a conductas para mejorar la salud a largo plazo".

Debe incluir entrenamiento físico, intervenciones educativas, psicosociales y de comportamiento, terapia física torácica y técnicas respiratorias junto con intervenciones nutricionales.

El entrenamiento es el componente fundamental. Aunque se puede distinguir entre actividad física (cualquier forma de movimiento que incluye las actividades de la vida diaria) y ejercicio entendido como una actividad física estructurada, pautada y de mayor intensidad, cualquiera es efectivo. Debe de incluir ejercicios de extremidades de tipo aeróbico como anaeróbico. El primer tipo ha mostrado ventajas.

Debe ofertarse a todos los pacientes con EPOC con disnea mMRC ≥ 2. A los pacientes no complicados y con pocas morbilidades se indicaran realizar programas de rehabilitación su-

perseguidos en Atención Primaria, mientras que a los complicados se les debería ofertar un programa de rehabilitación en ámbito hospitalario y supervisado

El entrenamiento de tipo aeróbico (endurance) de eei es el más usado. Un ejercicio aeróbico es aquél en que se realizan esfuerzos submáximos de forma prolongada implicando grandes masas musculares. A nivel hospitalario el entrenamiento aeróbico se puede realizar con cicloergómetros o tapices rodantes; caminar, bailar o nadar son más aplicables a nivel domiciliario. Como mínimo 3 días/semana y 20 minutos, pudiendo fraccionarse. En pacientes muy severos la estimulación neuromuscular transcutánea en eei es eficaz y bien tolerada. La duración óptima de los programas de RR s de 6 a 12 semanas.

El entrenamiento aeróbico de extremidades superiores puede hacerse mediante cicloergómetros de brazos o con pequeños pesos en series de 10-15 repeticiones.

La RR mejora, con un grado de evidencia A, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida, disminuye la percepción de la disnea, la ansiedad y la depresión.

## La EPOC fácil

### Ponente:

**Dr. D. Carlos Cabrera López**

Neumólogo. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Simplificando lo complejo. The COPD Easy Treatment Project

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, estudios internacionales muestran que el seguimiento del tratamiento propuesto por las guías clínicas es muy bajo, siendo solo del 18% en España. La causa es multifactorial; la falta de espirometría, la necesidad de escalas para medir los síntomas y la complejidad en los algoritmos de tratamiento son algunas de las causas para este bajo grado de seguimiento.

Teniendo en cuenta que la disnea es la primera o la segunda causa de consulta en atención primaria y que tiene un potentísimo poder predictor de mortalidad en estos enfermos, hemos creado un nuevo algoritmo de tratamiento que tiene este síntoma como eje principal. La base del tratamiento vendrá dada por la disnea, ajustando el tratamiento inhalado posteriormente según las exacerbaciones.

El algoritmo adjudica un broncodilatador de larga acción a las personas con poca disnea (mMRC < 2) y dos broncodilatadores de larga acción a aquellos que tienen mucha disnea (mMRC ≥ 2). Si a pesar de esto hay exacerbaciones, se añaden los corticoides inhalados.

La concordancia de nuestro algoritmo con la guía GOLD es del 95%. Creando algo mucho más simple, intuitivo y útil para el día a día en la consulta médica pretendemos mejorar el nivel de concordancia con la guía GOLD en el tratamiento de los enfermos con EPOC en atención primaria.

## EPOC: el momento de pasar a la acción

### Moderador:

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

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

## En acción por un paciente activo.

### Ponente:

**Dr. D. Juan Luis Suárez Antelo**

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.

## 1, 2, 3 ...EPOC PLUS

### Ponente:

**Dr. D. Daniel Rey Aldana**

Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. Miembro de los Grupos de Trabajo de Urgencias e Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Galicia.

La ponencia versará sobre la necesidad de identificar a los pacientes con EPOC, que en periodos de estabilidad de su enfermedad persisten sintomáticos a pesar de estar recibiendo un tratamiento adecuado, según su fenotipo y nivel de gravedad o según su categoría GOLD y cómo los médicos de familia tenemos que identificar en cada visita el correcto control de los síntomas. Si el control no es adecuado y persisten sintomáticos, sabemos que esto impacta negativamente en la actividad física que es capaz de realizar el paciente y en su calidad de vida, lo que a su vez empeora el pronóstico. Hablaré del concepto de CONTROL en EPOC y cómo su uso en la práctica clínica habitual puede ayudar al médico a tomar decisiones sobre la intensificación o no del tratamiento.

En una segunda parte presentaré una nueva herramienta "EPOC+". Se trata de una aplicación web que permite de forma segura (cumpliendo la LPD) realizar consultas sobre EPOC a un comité de expertos en la patología o a otros usuarios registrados en la aplicación, obteniendo una respuesta a sus consultas en un plazo inferior a 48 horas. Además de ser una herramienta de comunicación, también ayuda en la formación del médico y del paciente en el uso de los diferentes dispositivos de terapia inhalada que hay en el mercado a día de hoy, mediante videos tutoriales del manejo de estos.

## TALLERES

# JORNADAS DEL RESIDENTE

## Actualización manejo tos crónica

### Ponente:

**Dr. D. Alexandre Loureiro Faro**

Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Matamá Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Cuando hablamos de tos nos referimos a un síntoma cuya finalidad es la protección del sistema respiratorio.

Este reflejo se vuelve patológico cuando se produce ante estímulos de poca intensidad o en ausencia de estos.

Cuando duran más de 8 semanas hablamos de tos crónica y se debe indagar en el origen de esta.

### Etiología y diagnóstico

La etiología es muy amplia desde bronquitis asmática pasando por tumores hasta origen farmacológico.

Es muy importante su filiación a partir de la anamnesis, para poder orientar el diagnóstico y la petición de pruebas complementarias correspondientes.

Una vez excluidas las causas comunes hay que tener presente la tos crónica debida a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), tumores, el síndrome de hipersensibilidad laríngea, las alteraciones de la vía aérea superior o inferior, la tos psicógena o la tos refractaria.

### Tratamiento

Los nuevos enfoques permiten un abanico más amplio de tratamientos uniendo a los ya conocidos, el tratamiento logopédico, neuromoduladores o tratamiento psicológico.

### Conclusiones

Los últimos estudios indican que existe un origen multifactorial en la tos crónica, por lo que tener una visión clara del algoritmo diagnóstico es imprescindible para llegar al tratamiento correcto y resolución de la patología.

Aún quedan muchos aspectos a estudiar en cuanto a receptores sensoriales nerviosos, por lo que el estudio de la tos crónica sigue avanzando.

## Oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

### Ponente:

**Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero**

Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1 Córdoba. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

La oxigenoterapia tiene como objetivo básico la prevención o reversión de las consecuencias de la hipoxemia, mejorando en último término la oxigenación tisular. Entre los sistemas de administración podemos destacar los de bajo flujo como las gafas nasales, mascarillas simples o con repertorio; los de alto flujo como la mascarilla tipo Venturi o cánulas nasales con alto flujo; y ahorradores de oxígeno. El uso de uno u otro sistema dependerá fundamentalmente de las necesidades del propio paciente para restablecer el grado de hipoxemia. En el caso de la insuficiencia respiratoria aguda, la oxigenoterapia constituirá un papel terapéutico esencial en patologías tan diversas como el fallo respiratorio hipoxémico (asma grave, tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón, neumonías...), el fallo respiratorio hipercápnico (EPOC y bronquiectasias), intoxicaciones por monóxido de carbono y pacientes críticos (trauma grave o diferentes tipos shock), entre otros. Mientras que por otra parte, en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica, la oxigenoterapia crónica domiciliar (OCD) ha demostrado mejorar la supervivencia, al igual que lo ha hecho el abandono tabáquico. Para ello las guías de práctica clínica recomiendan su uso al menos durante 16 horas o más, sabiendo que su efecto sólo se produciría durante su aplicación. Entre los beneficios más importantes podemos resaltar la reducción de la progresión hacia una hipertensión pulmonar, la mejora de calidad del sueño, la mejora de tolerancia al ejercicio así como para el desarrollo de las actividades basales de la vida diaria. Por todo ello, cabe destacar la importancia capital que desarrolla la oxigenoterapia dentro del campo de las patologías respiratorias agudas y crónicas, fundamentalmente.

## Infección del tracto respiratorio inferior en Atención Primaria.

### Ponente:

**Dr. D. José Ramón Parada Jorgal**

Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) abarcan la bronquitis aguda, la neumonía y las exacerbaciones agudas de la bronquitis crónica y de la EPOC.

En AP es muy difícil diferenciar entre las distintas ITRI sin realizar pruebas adicionales. El mayor problema es distinguir una neumonía de una bronquitis.

En nuestro nivel asistencial es de vital importancia establecer un diagnóstico de sospecha de neumonía en función de criterios clínicos válidos y para ello cobra una importancia capital una cuidadosa historia clínica y una atenta exploración física. Es necesario analizar la evidencia disponible con la proteína C reactiva (PCR) para poder distinguir la neumonía de la bronquitis aguda y ver cuál es el tratamiento dado a esta prueba en las últimas guías de práctica clínica publicadas.

Hay que solicitar un estudio radiológico para confirmar el diagnóstico de neumonía.

Deben tratarse con antibióticos la neumonía y la exacerbación de la EPOC que cursa con purulencia. La bronquitis aguda no requiere tratamiento antimicrobiano, salvo que existan criterios de gravedad.

Es de suma importancia decidir el lugar donde el paciente con neumonía debe ser tratado (AP o atención hospitalaria). Para esta cuestión es importante conocer y manejar alguna de las escalas pronósticas más conocidas. Si bien el tratamiento antibiótico no ha cambiado sustancialmente en los últimos años, hoy la evidencia recomienda el tratamiento ambulatorio en pacientes no graves < 75 años.

## Iniciándonos en la Ventilación Mecánica No Invasiva.

### Ponente:

**Dr. D. Ramón Tubío Pérez**

Médico Residente de 4º año de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

La VMNI constituye un sistema de soporte ventilatorio con demostrada eficacia en la reducción de días de ingreso hospitalario y mortalidad en pacientes con acidosis respiratoria en contexto clínico de exacerbación de EPOC. Sin embargo, existe evidencia clínica de otros múltiples efectos beneficiosos en otras patologías como puede ser el tratamiento del edema agudo de pulmón, enfermedades neuromusculares o alteraciones de la caja torácica y del esqueleto, por ejemplo.

La VMNI consiste en la aplicación de dos tipos de presiones, la denominada IPAP durante la fase inspiratoria y la EPAP en fase espiratoria del ciclo respiratorio. La elección de unos correctos parámetros ventilatorios junto con el control de los efectos secundarios que pueden surgir como las fugas o la intolerancia por diferentes motivos (exceso de presión, asincronías paciente-ventilador) constituye el eje central sobre el que actuar para conseguir una ventilación lo más eficiente posible.

El objetivo de esta charla está dirigida a suponer una ayuda para conocer los principales pasos a seguir a la hora de manejar un paciente con acidosis respiratoria que necesite el inicio de VMNI y como conocer las diferentes respuestas según los obstáculos que nos podamos encontrar en la ventilación aguda de un paciente en el Servicio de Urgencias.

## Taller: Radiografía de Tórax

### Ponente:

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

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

Los métodos de diagnóstico por imagen son fundamentales y de relevancia progresivamente creciente en todos los campos de la medicina clínica, pero a pesar de que se desarrollan nuevos instrumentos y técnicas, y se perfeccionan los anteriores (permitiendo profundizar y ampliar el campo de sus aplicaciones y la eficiencia de las mismas) la radiografía de tórax sigue siendo el examen radiológico más comúnmente solicitado y su interpretación inicial, es muchas veces responsabilidad del médico de familia. De ahí la necesidad de renovación y actualización continua en la interpretación de la misma.

La radiografía de tórax es una prueba complementaria muy útil cuyo resultado –positivo o negativo– contribuye a modificar la conducta diagnóstico-terapéutica del médico o a confirmar su diagnóstico. Muchas pruebas radiológicas no cumplen estos cometidos, y exponen innecesariamente a los pacientes a la radiación.

En la última encuesta de necesidades formativas, realizada por Docencia de AP, mediante un formulario On line utilizando las plataformas On line de la Web 2.0, como tema prioritario para los médicos de Atención Primaria aparece la interpretación de la Radiología torácica, siendo una formación demandada por el 80% de los encuestados.

Mediante el apoyo de las técnicas de proyección, valoración secuencial de una radiografía, primero desde el punto de vista de la calidad técnica y luego desde el punto de vista de su interpretación radiográfica realizaremos un taller práctico presencial. Para ello se expondrán múltiples radiografías y subsecciones ampliadas de las mismas para interpretar todos los detalles, que irán recogiendo las diferentes zonas particulares y globales que vamos a valorar.

Inicialmente se valorarán radiografías normales y variantes de la normalidad. De buena y mala calidad técnica.

Posteriormente, se valoran los diferentes signos y patrones radiográficos que reflejan la anormalidad radiográfica y, por tanto, señalan la presencia de una patología.

En último lugar, discusión de casos clínicos:

- El ponente hace una descripción de la anamnesis y exploración de diversos casos clínicos.
- A continuación el ponente hace preguntas que reproducen y siguen el orden de los pasos que se dan en la práctica asistencial de un médico de familia que atiende a un paciente con una patología respiratoria.
- Luego se comentan las radiografías de tórax pertenecientes a los casos clínicos y que nos ayudaran al diagnóstico del mismo, siguiendo la metodología y los conocimientos estudiados en el resto del taller.

## Urgencias Neumológicas

### Ponentes:

**Dra. Dª. Inés López Fernández**

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

**Dr. D. José Luis Castro Navarro**

Médico de Familia. Centro de Salud de Munera; Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo (Albacete). Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dra. Dª. Inés López Fernández**

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

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

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

#### Signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica

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

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

Estas entidades clínicas son:

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

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

- **Respiratoria**
  - Obstrucción de la vía aérea extratorácica o intratorácica (EPOC, asma).
  - Enfermedades parenquimatosas (atelectasia, neumonía)
  - Enfermedad pleural (neumotórax, derrame pleural)
  - Enfermedad pulmonar vascular oclusiva (tromboembolismo pulmonar)
- **Cardiocirculatoria**
  - Edema agudo de pulmón, anemia
- **Neuromuscular**
- **Acidosis metabólica**
- **Mecánica**
  - Traumatismo/fractura costal
- **Psicógena**

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

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

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

### Bibliografía:

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

## Trombo-embolismo pulmonar “silente”

### Ponente:

**Dr. D. José Luis Castro Navarro**

#### Caso clínico:

Varón de 85 años que consulta por disnea. Se explica de forma detallada el historial clínico del paciente. En base al caso clínico se desarrollará la patología.

#### Concepto de trombo-embolismo pulmonar:

Manifestación más grave de la enfermedad trombo-embólica venosa. Mecanismo de producción.

#### Epidemiología:

Incidencia.....1 caso x 1000 personas/año; aumenta con la edad (1 x 100 personas/año a los 85 años).  
Mortalidad al mes del diagnóstico del 12 %.

#### Factores de riesgo:

- Riesgo alto, moderado y bajo.

**Clinica:**

- El enfoque actualmente utilizado ante un paciente en el que se sospecha TEP se basa en una estratificación pronóstica inicial dependiendo del grupo de riesgo en el que se encuentre, basado en la evaluación clínica.
- Signos y síntomas.
- Escala clínica: Wells, Ginebra.

**Diagnóstico:**

- Exploraciones complementarias básicas.
- Exploraciones complementarias de imagen.

**Estratificación pronóstica:**

- Riesgo bajo, moderado y alto.

**Tratamiento:**

- Fase inicial (fase aguda y hasta completar 3-6 meses):
  - anticoagulación con heparina no fraccionada o de bajo peso molecular
  - nuevos anticoagulantes
  - tratamiento fibrinolítico
  - filtros de vena cava
  - tratamiento de soporte
- Fase a largo plazo (después de los primeros 3-6 meses):
  - duración del tratamiento: depende del riesgo de recurrencia y del riesgo de hemorragia.
  - fármacos para el tratamiento a largo plazo.

**Taller: Ecografía de Tórax****Ponentes:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Ramos Hernández**

*Neumóloga. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Laura Álvarez Suárez**

*Médico Adjunto. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

En los últimos años, la ecografía torácica se ha situado como herramienta altamente eficaz para el estudio de la caja torácica, diafragma, parénquima pulmonar y pleura, en muchos casos con una sensibilidad superior a la radiografía de tórax.

Se debe por tanto conocer perfectamente su anatomía normal para poder identificar con claridad y seguridad los hallazgos patológicos. Teniendo siempre en cuenta las limitaciones que supone la presencia de tejido óseo y su característica de sombra acústica, y la presencia de artefactos, dado que el aire impide la transmisión del haz de ultrasonidos. Además, el hecho de que la exploración ecográfica tenga un carácter dinámico, permite evaluar el movimiento de las estructuras normales y patológicas añadiendo un elemento adicional a la interpretación de los hallazgos siendo una técnica no invasiva, de bajo coste y ausencia de radiación ionizante.

Para ello la charla irá orientada a tener unos conocimientos básicos acerca de requerimientos técnicos (ecógrafo, tipos de sondas), metodología en la exploración (posicionamiento del paciente, modoB, Modo M, Modo Doppler), indicaciones principales de la técnica.

Posteriormente se realizará análisis por estructuras, valorando criterios de normalidad y posibles patologías que se pueden encontrar a distintos niveles, evaluando:

Pared torácica: normal, fracturas o fisuras costales

Diafragma: parálisis diafragmática

Pleura: Engrosamiento, derrame pleural, diferentes signos en función de la cantidad de líquido y de la etiología del derrame. Neumotórax.

Parénquima pulmonar: neumonía, síndrome alveolo-intersticial.

Con videos, y practica con fantasmas que facilite su visualización.

**Preguntas cortas, respuestas breves en asma.****Ponente:**

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

*Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.*

El asma en España es una patología que afecta a la población joven, en edades tempranas de la vida y también al adulto, por lo que debemos tener bien diagnosticados y clasificados a estos pacientes.

Hay una labor de campo por parte del médico de AP que viene facilitada en parte por la cartera de servicios que ofrecemos a los pacientes con asma y que nos permite conocer el grado de control del paciente asmático. Debemos conocer las guías que disponemos para la clasificación del asma y son principalmente Gema y Gina.

En este taller conoceremos que nos aporta la Guía Gema 4.1 a nuestra práctica habitual y que nos permite saber cómo está el paciente y que tratamiento es el más adecuado para él.

En cuanto al tratamiento tenemos nuevos fármacos y una variedad de dispositivos que permiten un tratamiento individualizado del paciente asmático, consiguiendo que este sea efectivo y sobretodo que haya un buen cumplimiento del mismo. El desarrollo de los inhaladores ha permitido que la medicación llegue directamente a la vía aérea y es importante conocer cuál es el más adecuado según el flujo inspiratorio del paciente, si precisa cámara de inhalación. Además, conoceremos las dosis adecuadas a cada situación y paciente y como se deben aumentar o disminuir según la severidad de los síntomas.

**Ponente:**

**Dr. D. Bartolomé Leal Correa**

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

El asma es una enfermedad que afecta alrededor del 5% de los adultos y del 8 al 18% en niños y adolescentes respectivamente, con un alto coste personal, social y económico.

El diagnóstico lo más precozmente posible y el reconocimiento de sus agudizaciones, contribuiría a un mejor conocimiento y control por parte de los profesionales y de los pacientes que lo sufren.

**Pruebas funcionales: espirometría y COPD6****Ponente:**

**Dr. D. José Hernández Úrculo**

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

La realización de la espirometría es la base del estudio de la función del aparato respiratorio. Es la prueba más elemental, rutinaria y rentable. A diferencia de otras pruebas de función pulmonar, su empleo trasciende el ámbito neumológico, de modo que puede y debe ser realizada en Atención Primaria. Sin embargo, es posible que la mayoría de las limitaciones que se han planteado a su generalización provengan de la dificultad para obtener registros válidos. Sólo si se cumplen de forma cuidadosa los criterios técnicos de realización es posible obtener pruebas que resulten útiles en la clínica.

Es recomendable que el médico que solicita la espirometría explique al paciente el motivo de la misma y las características del procedimiento. La curva debe ser aceptable y reproducible, y la maniobra debe ser seguida, siempre que se realice para un diagnóstico, de un test de broncodilatación con el que se pondrá de manifiesto la presencia o no de reversibilidad/hiperreactividad bronquial. En consecuencia de lo anteriormente comentado es muy necesario la actualización del médico de Atención Primaria en el conocimiento y habilidades en el manejo de las espirometría para traducirlo en una buena práctica clínica en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas, especialmente EPOC y asma.

Junto con la Espirometría es de gran importancia el uso en Atención Primaria, del Peak flow o medidor del mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. El medidor es pequeño, portátil y de uso sencillo, pudiendo utilizarlo el propio paciente incluso en su domicilio siendo la interpretación del resultado muy simple.

Se mide en litros/minuto o como porcentaje de su valor de referencia. Sirve para reflejar el estado de las vías aéreas de gran calibre presentando una buena correlación FEM-FEV<sub>1</sub>, por lo que es un índice aceptado como medida independiente de la función pulmonar.

**Ponente:**

**Dr. D. Mariano Rodríguez Porres**

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

La realización de la espirometría es la base del estudio de la función del aparato respiratorio. Es la prueba más elemental, rutinaria y rentable. A diferencia de otras pruebas de función pulmonar, su empleo trasciende el ámbito neumológico, de modo que puede y debe ser realizada en Atención Primaria. Sin embargo, es posible que la mayoría de las limitaciones que se han planteado a su generalización provengan de la dificultad para obtener registros válidos. Sólo si se cumplen de forma cuidadosa los criterios técnicos de realización es posible obtener pruebas que resulten útiles en la clínica.

Es recomendable que el médico que solicita la espirometría explique al paciente el motivo de la misma y las características del procedimiento. La curva debe ser aceptable y reproducible, y la maniobra debe ser seguida, siempre que se realice para un diagnóstico, de un test de broncodilatación con el que se pondrá de manifiesto la presencia o no de reversibilidad/hiperreactividad bronquial. En consecuencia de lo anteriormente comentado es muy necesario la actualización del médico de Atención Primaria en el conocimiento y habilidades en el manejo de las espirometría para traducirlo en una buena práctica clínica en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas, especialmente EPOC y asma.

Junto con la Espirometría es de gran importancia el uso en Atención Primaria, del Peak flow o medidor del mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. El medidor es pequeño, portátil y de uso sencillo, pudiendo utilizarlo el propio paciente incluso en su domicilio siendo la interpretación del resultado muy simple.

Se mide en litros/minuto o como porcentaje de su valor de referencia. Sirve para reflejar el estado de las vías aéreas de gran calibre presentando una buena correlación FEM-FEV<sub>1</sub> por lo que es un índice aceptado como medida independiente de la función pulmonar.

En nuestra práctica clínica diaria, puede resultarnos de gran utilidad como pre-screening, el uso del medidor portátil Vitalograph-COPD6, también llamado espirómetro de oficina, que es preciso para la detección de obstrucción de la vía aérea y ha sido concebido para la detección temprana de la EPOC de manera rápida, simple y precisa. Identifica aquellos pacientes con riesgo de EPOC en una etapa pre sintomática para permitir una temprana intervención médica y obtener mejores resultados clínicos, muestra aquellos cuyo FEV<sub>1</sub> es normal, y asimismo quienes no tienen EPOC, sin el riesgo de falsos EPOC negativos, facilitando la "selección de casos" para que los recursos en espirometría puedan ser enfocados en aquellos que ya están diagnosticados con EPOC y muestra parámetros clave para la interpretación clínica incluyendo índice obstructivo y clasificación de la EPOC.

La interpretación de los resultados de estas pruebas, no es complicada, y la calidad de ésta es equiparable en Neumología y Atención Primaria, por lo que debemos estimular y apoyar sin duda alguna al Equipo de Atención Primaria a su realización.

1. Documento de consenso sobre Espirometrías en Andalucía. Marzo-2009
2. Validación del dispositivo portátil COPD6 para la detección de patologías obstructivas de la vía aérea. Archivos de Bronconeumología 46(8):426-432 · August 2010.
3. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2002;09:311-22 - Vol. 09 Núm.05

## Terapia inhalatoria.

### Ponentes:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

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

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

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

La vía inhalada es el tratamiento de elección en enfermedades respiratorias como asma y EPOC.

Sus principales ventajas son la llegada directa del fármaco al órgano diana, su gran rapidez de acción, menor cantidad de principio activo y menos efectos secundarios.

Todas las ventajas de la utilización de los inhaladores desaparecen si no se utilizan correctamente.

El tamaño de la partícula, el flujo inspiratorio y la pausa de apnea tras la inhalación, son los determinantes principales para el depósito del medicamento inhalado en el pulmón.

Los profesionales sanitarios deben estar perfectamente formados en el conocimiento de los diferentes dispositivos de inhalación para poder adiestrar a los pacientes que los necesiten y comprobar periódicamente su uso adecuado.

La aparición en el mercado de múltiples tipos de inhaladores y de nuevos fármacos inhalados, constituye en problema tanto para los pacientes como para los médicos.

Existen dos grandes grupos de dispositivos de inhalación: Los cartuchos presurizados y los de polvo seco. Estos a su vez los clasificamos en monodosis y multidosis.

El modo de inhalación es distinto según se trata de un dispositivo con cartucho presurizado o del polvo seco. Inhalación lenta y profunda para los cartuchos presurizados y rápida y profunda para los de polvo seco. En ambos casos es indispensable la apnea postinhalación.

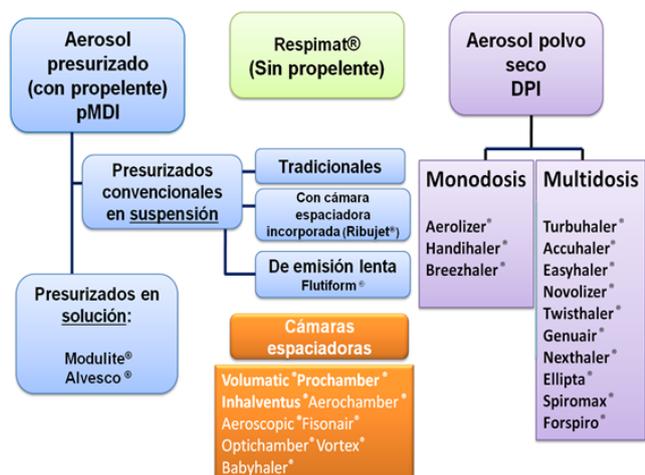
Por otra parte, las cámaras de inhalación mejoran sustancialmente el depósito del aerosol en el pulmón y se deben utilizar cuando hay mala coordinación entre la pulsación y la inhalación al manejar los cartuchos presurizados. Existen en el mercado múltiples modelos de cámaras espaciadoras.

Elegir el dispositivo más adecuado no es tarea fácil. No a todos los pacientes les sirve el mismo inhalador. Algunas características a tener en cuenta en la elección del inhalador son:

- La edad del paciente
- El flujo inspiratorio
- La facilidad para coordinar la inspiración con la pulsación en los cartuchos presurizados
- Utilizar el menor número de inhaladores posibles, y con las pautas más simples.
- Adaptar siempre el inhalador al enfermo, y no al revés. Valorar las limitaciones físicas y cognitivas y tener siempre en cuenta las preferencias del paciente.

Para tratar la EPOC y el Asma desde la Atención Primaria contamos con 18 principios activos que, solos o asociados, nos permiten utilizar 26 opciones distintas de tratamiento lo que supone 67 opciones distintas de marcas comerciales. Y todo ello con 18 dispositivos de inhalación diferentes.

## Tipos de dispositivos inhaladores



## Manejo práctico de la EPOC

### Ponentes:

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

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

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

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

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

EPOC. Aplicación de las guías en atención primaria. Las nuevas actualizaciones de las guías (GOLD y GesEPOC) definen la EPOC como enfermedad respiratoria crónica prevenible y tra-

table, con una limitación crónica al flujo aéreo: no totalmente reversible y normalmente progresiva. Cuya causa fundamental: Humo del tabaco y biomasa. Sus síntomas son Disnea, Tos crónica y/o Expectोरación. En que las agudizaciones y las comorbilidades asociadas modifican su evolución y pronóstico.

En 1970 la EPOC era la 6ª causa de mortalidad, se estima que el 2030 será la 3ª tras ECv y el cáncer. El diagnóstico tardío hace que el 50% fallezca a los 10 años. El 85% han consultado por síntomas en los 5 años previos al diagnóstico.

Desde la consulta de atención primaria debemos realizar estrategias de cribado oportunistas, orientada por síntomas, utilizando cuestionarios como el COPD-PS, filtrado por sistemas portátiles (COPD-6) o de diagnóstico una espirometría.

Debemos establecer el fenotipo basándonos en el FVE1%, la disnea (mMRC), la calidad de vida (CAT) y las exacerbaciones.

Debemos conocer que los fármacos inhalados tienen la ventaja al llegar directamente al órgano diana, tienen mayor rapidez de acción, necesitan menor dosis de fármaco con escasos efectos secundarios. Y conocer los dispositivos para ajustarlos al perfil de necesidad y uso adecuado por nuestros pacientes para facilitar su adherencia.

Poner en valor al tratamiento no farmacológico. Hay que tener en cuenta que las medidas generales que deben establecerse en todo paciente con EPOC y que comprenden el abandono del tabaco, la adecuada nutrición, la actividad física regular, la evaluación y tratamiento de las comorbilidades, la rehabilitación respiratoria, la vacunación, así como los autocuidados, son cuestiones que, aunque en muchos casos ocultadas o superadas por la inmediatez de la instauración del tratamiento farmacológico, suponen un beneficio pronóstico que puede llegar a ser superior al producido por la intervención farmacológica.

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

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología multidimensional que precisa una valoración no sólo de la alteración funcional por lo que han surgido distintas propuestas de clasificación para facilitar la toma de decisiones clínicas. La publicación de la estrategia GOLD (Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD) sobre la EPOC en el 2011, supuso un cambio significativo en lo que respecta al abordaje diagnóstico, evaluación clínica y planteamiento terapéutico de la enfermedad desde un punto de vista multidimensional y no sólo basados en la evaluación espirométrica. (1)

La guía española (GesEPOC), destaca por reconocer y difundir la complejidad de la EPOC desarrollando distintos perfiles e impulsando una evaluación multidimensional de la gravedad de la enfermedad. (2)

Las novedades de las guías 2017 son, a grandes rasgos: Inclusión de nueva información sobre la fisiopatología de la EPOC, la definición ha sido revisada reconociendo la importancia de los factores del huésped. La evaluación ha sido refinada separando la evaluación espirométrica de los síntomas. Los grupos ABCD son ahora conformados sólo por los síntomas y la historia de las exacerbaciones. La separación de la limitación al flujo aéreo de los parámetros clínicos, muestra claramente lo que se debe evaluar. Los autores creen que este esquema facilita recomendaciones de tratamiento más precisas basadas en los parámetros individuales que llevan a los síntomas del paciente en un momento dado. Se hace una actualización de las terapias farmacológicas. También se incluyen secciones para el tratamiento del enfisema, rehabilitación pulmonar, oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva y automanejo. Se sugieren esquemas de terapias farmacológicas y no farmacológicas para cada grupo ABCD.

Existe actualmente considerable evidencia que el nivel del VEF1 es un mal predictor del estado de la enfermedad, por lo que las recomendaciones del manejo de la EPOC estable se basan actualmente en el impacto de la enfermedad (determinada principalmente por la cuantía de los síntomas y de la limitación de las actividades) y en los riesgos futuros de progresión (especialmente de las exacerbaciones). Las comorbilidades relacionadas con la EPOC (enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, ansiedad y depresión, cáncer pulmonar, infecciones y síndrome metabólico y diabetes). (3)

1. Otega Ruiz F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: en busca de la clasificación ideal. Arch Bronconeumol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.11.014>
2. Miravittles M. ¿Qué ha supuesto la guía española de la EPOC (GesEPOC) y cómo puede mejorar? Arch Bronconeumol. 2016;52:1-2
3. Vogelmeier, C. F., Criner, G. J., Martínez, F. J., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., ... & Frith, P. (2017). Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Global Initiative for Obstructive Lung Disease [GOLD]). Archivos de Bronconeumología.

## EPOC: tratamiento con inhaladores-TAI

### Ponentes:

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

Médico de familia y Comunitaria-CAP Barceloneta-Barcelona. Referente de respiratorio-CAP Barceloneta- Barcelona. Miembro del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro de la Junta de Semergen Cataluña.

**Dra. D<sup>a</sup>. María Eulalia Esquerri Tuñi**

Médica de familia. Referente de Respiratorio del Cap Barceloneta-Barcelona. Miembro del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN.

El taller está enfocado, al control del tratamiento con inhaladores, y la revisión de los síntomas en un paciente EPOC.

Se quiere conseguir 2 cosas con esta exposición:

- control del tratamiento principal de paciente EPOC: los inhaladores
- mediante los test de adherencia, como el TAI, llegar a controlar tratamiento y gasto.

El TAI-test adherencia inhaladores-está validado y ahonda un poco más, para comprender, las diferentes razones que llevan al paciente al no cumplimiento.

Sirve para EPOC y Asma.

Lo hemos planteado en formato rol-play para que así se acercara a la realidad cotidiana de nuestras consultas, aunque el tiempo utilizado en el taller es mayor que en consulta.

## Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

### Ponente:

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

*Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.*

El médico en su ejercicio profesional precisa estar continuamente formado para mantener sus competencias. Por este motivo Semergen ha desarrollado la plataforma para la evaluación de la competencia profesional y la formación del médico de Atención Primaria llamada DPC-AP (Desarrollo Profesional Continuo en AP).

El taller pretende enseñar a manejar esta herramienta a los socios que así lo soliciten y que experimenten la utilidad en su proceso de aprendizaje y evaluación y que pueda servir para la recertificación profesional.

El principal objetivo es evaluar periódicamente las competencias del profesional médico de manera que podamos garantizar que este mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades.

Se realizará una miniprueba cuyo contenido será en el área de respiratorio dado que se desarrolla en las Jornadas de Respiratorio y permitirá un acercamiento al DPC-AP para todos aquellos que la quieran conocer. La prueba consiste en preguntas cortas, script, casos clínicos, informes de mejora introducidos en la práctica, mini cex, feedback 360°.

El DPC AP nos permite obtener un certificado en consenso con el Ministerio de Sanidad, CCAA, OMC, SSSC AP y la creación de un registro centralizado de competencias del profesional evaluado válido para su carrera profesional a nivel curricular.

A su vez nos permite crear un itinerario formativo donde el profesional se forma no solo en las competencias afines sino también en aquellas en las que tiene carencias formativas ampliando de esta manera su perfil competencial.

## Tabaquismo y adolescentes. El comienzo de una adicción.

### Ponentes:

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

*Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de respiratorio de SEMERGEN.*

**Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez**

*Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y Tabaquismo de SEMERGEN.*

Con este taller queremos abordar el grave problema de salud que ocasiona el consumo de tabaco en los adolescentes y su repercusión en el futuro. Se sabe que el inicio del consumo de tabaco se produce en España en torno a los 14 años de edad, y que el 80% de los que comienzan dicho consumo se consolidan como fumadores habituales antes de los 18 años.

En el desarrollo de este taller en su primera parte, se abordará la epidemiología del tabaquismo en los adolescentes, para comentar después los factores de inicio en el consumo de tabaco en los adolescentes, ambientales, personales y sociales, así como se adquiere el hábito de fumar y la adicción.

En la segunda parte del taller se abordarán qué estrategias constituyen intervenciones útiles y efectivas en este colectivo. Ofrecer al adolescente habilidades y conocimientos suficientes sobre los peligros y consecuencias del consumo de tabaco es sin duda una obligación de toda la sociedad en su conjunto. Por último, tampoco debemos olvidar que todas las medidas de prevención dirigidas a los más jóvenes, deberán necesariamente desarrollarse en un marco de políticas públicas adecuadas. Es labor de todos el que así sea.

## Antibioterapia en infección respiratoria ¿lo estamos haciendo bien?

### Ponente:

**Dr. D. Manuel Linares Rufo**

*Médico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. Fundación IO. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN.*

Si la patología infecciosa representa un tercio de la actividad diaria habitual en las consultas de atención primaria, más de la mitad de esas infecciones tienen su origen en el aparato respiratorio. Hongos, virus y bacterias como responsables de una gran diversidad de cuadros clínicos, que abarcan desde procesos banales a infecciones más graves como gripe, neumonías o tuberculosis u otras más letales emergentes como el SARS, MERS-CoV o la gripe aviar altamente patógena. El papel del médico en el correcto manejo de estas patologías y aplicación de los tratamientos disponibles más adecuados va ser una pieza angular no sólo en la recuperación de estos pacientes sino también en el devenir de futuras infecciones aún más graves derivadas por la mala praxis. Porque es una realidad que la resistencia a los antibióticos es una de las mayores preocupaciones a las que se enfrentará el ser humano en los próximos años. A lo largo de este taller recorreremos la microbiología de las principales infecciones que afectan a las vías respiratorias, su diagnóstico y su correcto tratamiento, proponiendo alternativas a situaciones que quizá no se estén haciendo de la forma más correcta posible.

## Cuidados paliativos en enfermedad respiratoria crónica.

### Moderador:

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

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

### Ponente:

**Dr. D. Alfonso Alonso Fachado**

*Coordinador del Plan Gallego de Cuidados Paliativos y Subdirector General. Subdirección General de Planificación y Programación Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.*

Una de las decisiones más difíciles con las que se puede encontrar un médico de familia es a la de establecer cuando un paciente cumple criterios de necesitar una atención paliativa. Esta incertidumbre retrasa, la mayoría de las veces, una decisión que beneficiaría en gran medida la atención a los pacientes con patologías respiratorias crónicas y avanzadas (como, por ejemplo, el EPOC o la fibrosis pulmonar). Los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento de las personas en fase final de enfermedad. Este es parte inherente de la labor de un médico de familia y este debe estar orientado a dar soporte y cuidados tanto al paciente como a su familia cuando el objetivo de la atención a un paciente no es la curación.

Para esta identificación disponemos en España, hoy en día, de dos herramientas que debemos aprender a utilizar y que nos facilitarán esta toma de decisiones. El SPICT-ES y el NECPAL 3.0, pueden ser utilizadas indistintamente. Para la identificación de la complejidad de los pacientes, utilizaremos el cuestionario IDC-Pal, que nos permitirá establecer el nivel de complejidad y en función de ella, ofrecerle el recurso de atención primaria u hospitalaria más adecuado.

En este taller aprenderemos a tratar a los pacientes con patologías respiratorias avanzadas que se encuentran en la fase final de enfermedad. El último paso consiste en acompañar al paciente en la fase de últimos días. En esta fase, los fármacos como la morfina o la sedación permiten tanto a la familia como a sus familiares que tengan la mejor calidad de vida posible.

# COMUNICACIONES MÉDICO DE FAMILIA

## COMUNICACIONES ORALES

### 244/6.

#### VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PACIENTES EPOC

##### Autores:

<sup>(1)</sup>Arenal Barquín, S.; <sup>(2)</sup>Bonnardeaux Chadburn, C.; <sup>(3)</sup>Garrastazu Lopez, R.; <sup>(4)</sup>Ruiz Nuñez, M.; <sup>(5)</sup>León Rodríguez, C.; <sup>(6)</sup>Helguera Quevedo, J.

##### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Los Valles. Cantabria.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Gama. Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Miera. Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Selaya. Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Ampuero. Cantabria.

##### Objetivos:

Valorar prevalencia vacunación antigripal en EPOC cántabros, en diferentes grados GOLD y su repercusión en incidencia de agudizaciones.

##### Metodología:

Estudio cohortes retrospectivo. Base de datos: omi-ap, 900 EPOC confirmado 31/12/2011. las agudizaciones totales e ingresos hospitalarios fueron tratadas variables dependientes: Exacerbador:paciente que sufre dos o más agudizaciones en el año. Variables independientes:correcta vacunación antigripal(vacunación 2011 y 2012) y el estadio GOLD en base al fev1, calculándose odds ratios ajustadas, junto con sus intervalos de confianza al 95%(ic95%).

##### Resultados:

EPOC vacunación completa (en 2011 y en 2012):445(49,4%).EPOC vacunación incompleta:[sólo una vacuna(2011 ó 2012):178(19,8%);ninguna vacuna:276(30,7%)]. vacunación completa por grupos gold:gold i 54,7%;gold ii 49,9%;gold iii 48,7%;gold iv 40%. pacientes con vacunación completa un 38,4% son considerados exacerbadores ese año,frente a un 35,2% no bien vacunados (p=0,32).

el grupo que recibió 2 vacunas, presenta menos ingresos hospitalarios vs el que no fue completamente vacunado(12,1% vs 20,7%,p<0,001).

la ods ratio ajustada, que determina el riesgo de ser exacerbador al no estar vacunado completamente,frente al que si lo está,es de ora= 1,139 ic 95%(0,812-1,597).

la ods ratio ajustada,que determina el riesgo de ingreso hospitalario por aeop al no estar vacunado completamente,frente al que si lo está,es de ora=2,767 ic 95%(1,800-4,253).

##### Conclusiones:

50% EPOC compromiso de vacunación estable. el porcentaje de vacunados es mayor en gold i(leve) y bastante inferior en gold iv(muy severo),habría que mejorar estos porcentajes en nuestro estudio,no estar correctamente cubierto por la vacuna de la gripe incrementa de manera significativa el riesgo de padecer exacerbaciones graves(ingresos por aeop).

sin embargo este incremento no es significativo en el caso de exacerbaciones totales.

### 244/40.

#### FACTORES PREDICTIVOS DE MORBIMORTALIDAD, EN PACIENTES EPOC GRADO LEVE SEGUIDOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO SEGEPOC.

##### Autores:

<sup>(1)</sup>Santibañez Margüello, M.; <sup>(2)</sup>López Caro, J.; <sup>(3)</sup>Garrastazu Lopez, R.; <sup>(4)</sup>Helguera Quevedo, J.; <sup>(5)</sup>García-Rivero, J.; <sup>(6)</sup>Ruiz-Pérez, J.

##### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Universidad de Cantabria; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Cotoño. Castro Urdiales, Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Gama. Bárcena de Cicero, Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Bajo Asón, Ampuero, Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico Neumólogo. Hospital Laredo, Cantabria.; <sup>(6)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Tanos. Tanos, Cantabria.

##### Objetivos:

A pesar de la importancia de las agudizaciones en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), sabemos relativamente poco de sus determinantes. Este conocimiento es aún más escaso en los pacientes con un grado leve de la enfermedad, seguidos con frecuencia en el ámbito de la atención primaria. El objetivo del proyecto es estudiar los factores predictivos de morbilidad en pacientes EPOC grado leve, especialmente los factores predictivos del riesgo de agudizaciones frecuentes (Fenotipo Agudizador).

##### Metodología:

Estudio de cohortes ambispectivo en el ámbito de la Atención Primaria en Cantabria, con dos años de seguimiento retrospectivo y dos años de seguimiento prospectivo. Se incluirán 174 pacientes con EPOC y un grado leve de la enfermedad en base al FEV1 (volumen espiratorio forzado en 1 segundo). Las exacerbaciones moderadas serán definidas como las que conlleven la prescripción de un antibiótico y/o un corticoide sistémico, y las graves como las que acarreen un ingreso hospitalario de más de 24h. Se clasificará a cada paciente como 'Fenotipo Agudizador', si sufren al menos 2 agudizaciones en un año. Además se recogerán las características sociodemográficas, clínicas, datos espirométricos, existencia de comorbilidades (incluyendo síndrome de superposición asma-EPOC) y antecedentes de vacunación antigripal

y antineumocócica. Como medida de asociación, se calcularán Odds Ratios ajustadas junto con sus intervalos de Confianza al 95%.

##### Resultados:

No aplica. Se presenta el protocolo del proyecto de investigación.

##### Conclusiones:

No aplica. Se presenta el protocolo del proyecto de investigación.

### 244/41.

#### FACTORES PREDICTIVOS DE MORBIMORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES CON EPOC. EXPERIENCIA Y RESULTADOS DESDE LA ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE INVESTIGACIÓN EN APARATO RESPIRATORIO (ACINAR).

##### Autores:

<sup>(1)</sup>Santibañez Margüello, M.; <sup>(2)</sup>Garrastazu Lopez, R.; <sup>(3)</sup>Ruiz Nuñez, M.; <sup>(4)</sup>Arenal Barquín, S.; <sup>(5)</sup>Bonnardeaux Chadburn, C.; <sup>(6)</sup>López Caro, J.

##### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Universidad de Cantabria; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Gama. Bárcena de Cicero, Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Liérganes. Miera, Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Suances, Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Campoo Los Valles. Mataporquera, Cantabria.; <sup>(6)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Cotoño. Castro Urdiales, Cantabria.

##### Objetivos:

Estudiar los factores más predictivos de morbi-mortalidad al año en EPOC, y describir la experiencia y resultados de un estudio diseñado y realizado desde la Asociación Cantabra ACINAR.

##### Metodología:

Estudio de cohortes retrospectivo. A partir de la base de datos poblacional OMI-AP, se identificaron mediante muestreo aleatorio simple 2000 pacientes, de los cuales en 900 se pudo confirmar el diagnóstico. De acuerdo a la guía GOLD, la gravedad se categorizó en 4 grados en base al FEV1. Se cuantificaron las agudizaciones moderadas y graves durante el año previo (2011) y el año siguiente (2012). Se recogió el antecedente de vacunación antigripal así como las principales comorbilidades. Los pacientes fueron clasificados como Fenotipo Agudizador (FA) si sufrieron al menos 2 agudizaciones en cada año de seguimiento. Como medida de asociación, se calcularon Odds Ratios (OR) ajustadas por edad, sexo y hábito tabáquico.

##### Resultados:

En todos los grados de gravedad, el factor predictivo más importante de ser FA al año siguiente fue el haberlo sido el año previo. Las agudizaciones graves (requirieron hospitalización) predijeron mejor el riesgo específico de agudizaciones graves: OR 6,73, y las agudizaciones totales (moderadas + graves) predijeron mejor el riesgo global de agudizaciones totales al año siguiente (FA): OR 4,97, p<0,005. La vacunación antigripal mostró un efecto protector estadísticamente significativo sobre el riesgo de hospitalización por agudización EPOC.

##### Conclusiones:

El estudio diseñado por ACINAR ha sido viable. La metodología ha permitido alcanzar los objetivos propuestos. Los resultados han generado 4 publicaciones, 3 de en revistas con factor de impacto.

### 244/51.

#### IMPACTO POSITIVO DE UN MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON EPOC: ESTUDIO OBSERVACIONAL EPOXILO.

##### Autores:

<sup>(1)</sup>Conde Díez, S.; <sup>(2)</sup>Viejo Casas, A.; <sup>(3)</sup>de las Cuevas Allende, R.; <sup>(4)</sup>López Caro, J.; <sup>(5)</sup>Rojo Calderón, A.; <sup>(6)</sup>Díaz Sáez, G.

##### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de familia y Comunitario. C. S. José Barros. Camargo interior. Cantabria; <sup>(2)</sup>Médico de familia y Comunitario. C. S. Los Castros. Santander. Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de familia y Comunitario. C. S. Puente de San Miguel. Altamira. Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de familia y Comunitario. C. S. Cotoño Sur (II). Castro Urdiales. Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico de familia y Comunitario. C. S. Cudeyo. Solares. Cantabria.; <sup>(6)</sup>Médico de familia y Comunitario. Oncología integrativa (IMOHE-IOB). H. Ruber. Madrid.

##### Objetivos:

Impacto de Oscilloccinum® en la frecuencia y duración de las infecciones respiratorias de vías altas (IRVAs) en pacientes con EPOC durante el periodo de exposición gripal. Repercusión en la frecuencia y duración de agudizaciones, el consumo de medicamentos y la calidad de vida del paciente (CAT). Relación con la vacunación antigripal y antineumocócica.

##### Metodología:

Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, en pacientes de 50 a 80 años con diagnóstico clínico y espirométrico de EPOC, que toman o no Oscilloccinum® semanalmente, con 2 visitas de seguimiento en 4-5 meses.

##### Resultados:

Los grupos fueron comparables demográfica y clínicamente. El Grupo Oscilloccinum® (n=109) experimentó una reducción significativa del número de IRVAs (0,51vs1,04, p=0,014) y su duración (3,57vs5,22 días, p=0,012) respecto al Grupo Control (n=110). La reducción del número de exacerbaciones son significativas en el fenotipo agudizador (0,9vs1,5 episodios, p=0,037). No se evidenció impacto en la calidad de vida. El consumo de corticoides (global, inhalados y orales)

en exacerbación disminuyó más en el grupo Oscilloccinum® (22,10vs7,50, p=0,005). El uso de Oscilloccinum® no tiene impacto en el uso de vacunas ni éstas suman efectos positivos. La aparición de acontecimientos adversos (n=10) fue similar entre grupo (p=0,538). Hubo 2 sospechas de reacción adversa no graves.

#### Conclusiones:

Los pacientes EPOC tratados con Oscilloccinum® experimentaron una reducción en el número y duración de IRVAs. Se produjo un descenso de la frecuencia de las agudizaciones, significativo el fenotipo agudizador. Además hubo una disminución mayor en el consumo de corticoides de exacerbación.

## 244/53.

### EVALUACIÓN DEL MANEJO EN EL PACIENTE CON EPOC EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Baca Osorio, A.; <sup>(2)</sup>Reina González, R.; <sup>(3)</sup>Camarena Herrera, Á.; <sup>(4)</sup>Gómez Sánchez-Lafuente, C.; <sup>(5)</sup>Poyato Ramos, R.; <sup>(6)</sup>Ginel Mendoza, L.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(4)</sup>Enfermero. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.

#### Objetivos:

Analizar la asistencia prestada y registrada por médicos y enfermeros de Atención Primaria a pacientes incluidos en el proceso EPOC en un Centro de Salud urbano.

#### Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado en pacientes incluidos en el proceso EPOC antes de septiembre 2015. Periodo de tiempo evaluado: septiembre 2015 a septiembre 2016. Variables a estudio: sociodemográficas, adecuación diagnóstica, determinación gravedad, registro hábito tabáquico y plan de cuidados, ayuda deshabitación tabáquica, espirometría anual, vacunación antigripal y antineumocócica, uso de broncodilatadores y derivación a neumología. Muestreo aleatorio sistemático. Estadística descriptiva.

#### Resultados:

140 pacientes analizados, edad media 66,94±12,07 años. Prevalencia en hombres (70,3%). El 77,1% tiene diagnóstico adecuado de EPOC (registro de espirometría alguna vez). Predominio de casos leves (25%) y moderados (25%), sin evaluarse la gravedad en el 36,4%. Registro de plan de cuidados en 25,7% y de hábito tabáquico en 88,6%. El 70,6% de pacientes recibieron apoyo para la deshabitación. 58 casos (41,4%) se realizaron espirometría de control. 38,6% se vacunaron en la campaña antigripal 2015/16. De los 118 pacientes con indicación de vacunación antineumocócica, la recibieron 35 (29,7%). El 87,03% de pacientes con sintomatología permanente reciben tratamiento con broncodilatadores. El 73,7% de casos con EPOC grave o muy grave (valoración espirométrica) han sido derivados a neumología.

#### Conclusiones:

La intervención realizada sobre el paciente con EPOC resulta insuficiente. Se debería potenciar la vacunación y un correcto plan de cuidados coordinado entre médicos y enfermería para la prevención de complicaciones.

## 244/56.

### MORTALIDAD POR ASMA EN ESPAÑA, 1990-2015

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Gómez Sáenz, J.; <sup>(2)</sup>Gérez Callejas, M.; <sup>(3)</sup>González Aguilera, J.; <sup>(4)</sup>Zangróniz Uruñuela, M.; <sup>(5)</sup>Obregón Díaz, R.; <sup>(6)</sup>Villareal Caballero, B.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera (La Rioja).

#### Objetivos:

Conocer las tasas de mortalidad, distribución por edad y sexo así como las tendencias en la mortalidad por asma en España en el periodo 1990-2015.

#### Metodología:

Revisión de los datos de mortalidad por causa específica publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

#### Resultados:

En 2015 fallecieron por asma en España 1.134 personas (195 varones y 939 mujeres). A lo largo del estudio Las tasas de mortalidad prácticamente no han variado (1990: 2,78 por 100.000 vs 2,43 en 2015), siendo mayores en edades avanzadas (los mayores de 65 años suponen el 85% del total, 53,3% si consideramos solo a los mayores de 74 años). La distribución de las muertes anuales medias por grupos de edad en los 26 años del estudio fue de 4,65, 22,81, 113,8, 298,38 y 502,81 (0-14 años, 15-34, 35-64, 65-79 y mayores de 79). Las mujeres suponen el 72% de los casos con importantes modificaciones a lo largo del estudio (54,78% en 1990 vs 82,80% en 2015). Los varones solo predominan hasta los 34 años (61,98% entre 0-14 y 58,35% entre 15-34).

#### Conclusiones:

Algunos estudios indican una posible sobreestimación de la mortalidad por asma en ancianos, pero las tasas de mortalidad prácticamente no se hayan modificado en los últimos 25 años debería 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. Los fallecimientos se concentran en mujeres mayores de 65 años. Casi 5 menores de 14 años fallecen anualmente por asma.

## 244/59.

### RASGOS QUE CARACTERIZAN LA EPOC Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES, EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

#### Autores:

<sup>(1)</sup>López Serrano, M.; <sup>(2)</sup>Grande Grande, T.; <sup>(3)</sup>Rad Moradillo, E.; <sup>(4)</sup>San Teodoro Blanco, P.; <sup>(5)</sup>Fernández Ortega, M.; <sup>(6)</sup>Pueyo Bastida, A.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. López Saiz. Burgos.; <sup>(2)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. La Antigua. Burgos.; <sup>(3)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Aranda Norte. Aranda de Duero.; <sup>(4)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. López Saiz. Burgos.; <sup>(5)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Las Torres. Burgos.; <sup>(6)</sup>Médico Neumólogo. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

#### Objetivos:

Estudiar rasgos en la caracterización de la EPOC que relacionen con la presencia de comorbilidades.

#### Metodología:

Estudio retrospectivo. Se recogen variables demográficas, gravedad, fenotipos y comorbilidades.

#### Resultados:

Se obtienen datos de 184 pacientes, 70,1% hombres, edad media 70,73 años. 25,1% continúan fumando. La mayoría corresponden a EPOC leve y moderado, 4% son muy graves. 64,6% presentan fenotipo no exacerbador, 7,4% exacerbador enfisema, 7,6% no presentan comorbilidades, con media 3,13/paciente. 19% tienen cáncer, fundamentalmente vejiga, pulmón, laringe y colon. Es más frecuente en hombres, sin relación con la gravedad de la EPOC. Son más jóvenes los leves y los de fenotipo exacerbador bronquitis crónica. Gravedad de EPOC y número de comorbilidades son diferentes según el sexo, sin significación estadística. El aumento de edad conlleva aumento de pacientes con alguna comorbilidad, y con comorbilidad vascular. A medida que aumenta la gravedad de la obstrucción aumenta el número de pacientes con comorbilidades. Entre agudizadores con bronquitis crónica es más frecuente la comorbilidad cardiovascular, pero sin significación estadística. Fuman más los pacientes que no tienen cáncer, comorbilidades de cualquier tipo y cardiovasculares.

#### Conclusiones:

- Nuestros pacientes con EPOC más jóvenes son más leves y con predominio de exacerbador bronquitis crónica.
- La prevalencia de comorbilidades es muy elevada, aumentando con edad y grado de obstrucción.
- No se ha podido establecer relación entre fenotipos y comorbilidades, siendo la mayor edad o el nivel de obstrucción bronquial los principales determinantes.
- Muchos pacientes continúan fumando; tener más comorbilidades o cáncer probablemente motiva al abandono.

## 244/60.

### ¿QUÉ FACTORES RELACIONADOS CON LA EPOC CONDICIONAN MAYOR CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS?.

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Elizari Roncal, M.; <sup>(2)</sup>Riocerezo Hierro, M.; <sup>(3)</sup>Ríos Rojo, M.; <sup>(4)</sup>Izarra Páramo, M.; <sup>(5)</sup>Pérez Arce-reddillo, A.; <sup>(6)</sup>Angulo Fernández de Larrea, M.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de familia. C.S. José Luis Santamaría. Burgos.; <sup>(2)</sup>Médico familia. C.S. Comuneros. Burgos.; <sup>(3)</sup>Médico de familia. C.S. Burgos Rural.; <sup>(4)</sup>Médico de familia. C.S. José Luis Santamaría. Burgos.; <sup>(5)</sup>Médico de familia. C.S. Belorado Burgos.; <sup>(6)</sup>C.S. Burgos Rural.

#### Objetivos:

Estudiar qué características de la EPOC se relacionan con mayor consumo de recursos sanitarios en nuestro medio.

#### Metodología:

Estudio retrospectivo de variables demográficas, rasgos fenotípicos, gravedad, exacerbaciones, ingresos, visitas médicas y de enfermería.

#### Resultados:

Se obtienen datos de los últimos 2 años de 184 pacientes diagnosticados de EPOC, 70,1% hombres, edad media 70,73 años. Media de exacerbaciones 1,59, e ingresos por EPOC 0,39. Hay 0,72 ingresos por cualquier otra causa, y 1,54 visitas a Urgencias. En 16,17 veces han sido vistos por su médico de Atención Primaria y tienen 14,28 visitas a enfermería. Han sido vistos en consulta hospitalaria en 6,14 ocasiones. Las visitas administrativas en su centro son 13,63 / paciente. La obstrucción más grave se asocia a más exacerbaciones y más ingresos por EPOC. Existen pocas diferencias entre los otros niveles de gravedad. El fenotipo exacerbador bronquitis crónica ha tenido 4,63 exacerbaciones, y han sido más frecuentes los ingresos por EPOC, visitas a Urgencias o consultas hospitalarias. Se encuentra relación entre el uso de oxigenoterapia (11,5% de los pacientes), exacerbaciones e ingresos. Entre los fumadores (25,1%) son mayores las visitas a Urgencias, pero no el resto.

#### Conclusiones:

- Los pacientes con EPOC ocasionan un elevado consumo de recursos sanitarios en todos los niveles asistenciales.
- Tener mayor grado de obstrucción bronquial y pertenecer a fenotipo exacerbador bronquitis crónica suponen mayor consumo de recursos relacionados con la propia enfermedad.
- Tener oxigenoterapia domiciliar favorece mayor necesidad de atención hospitalaria. Seguir fumando se asocia con mayor manejo ambulatorio.

**CASOS CLÍNICOS ORALES****244/14.****Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a sobredosis por Cloruro de Magnesio utilizado como laxante.****Autores:**<sup>(1)</sup>Fernández Fernández, Elena; <sup>(2)</sup>García, José Antonio; <sup>(3)</sup>Martínez Bastida, Gines; <sup>(4)</sup>Pérez Regueiro, Irene.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico de familia y Comunitario. SAMU-Asturias.; <sup>(2)</sup>Médico Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Central de Asturias.Oviedo, Asturias; <sup>(3)</sup>Médico de familia. SAMU-Asturias. Avilés.; <sup>(4)</sup>Enfermera. SAMU-Asturias.**Descripción del caso:**

Mujer de 52 años, deportista, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que adquiere un bote de cloruro de magnesio en un herbolario para tratar su estreñimiento. Decide tomar 4 cucharadas soperas (equivalente a 5 g de ion Magnesio) de dicho preparado disueltas en un vaso de agua. Al cabo de unos 30 minutos inicia un cuadro de instauración brusca de malestar general, nerviosismo, agitación, picores, enrojecimiento y vómitos que relaciona con la ingesta (se recomienda una cucharadita de postre diaria). Inmediatamente después desarrolla disnea y malestar intenso. Su marido decide llamar al 112. Durante la llamada asegura que la paciente ha dejado de respirar. Se movilizan un equipo de atención primaria y una UVI móvil.

**Exploración y pruebas complementarias:****Exploración física:**

Palidez cutánea, mala perfusión periférica, diaforesis, bradipnea, inmovilidad, respiración superficial.

Frecuencia Respiratoria 6 rpm, Saturación O2 70% (FIO2 21%), Tensión Arterial 136/108 mmHg, Glucemia capilar 217 mg/dl.

Neurológica: Vigil. Anártrica. Pupilas isocóricas reactivas. PC no valorables por parálisis muscular (la paciente es incapaz de realizar cualquier movimiento que implique musculatura estriada).

Auscultación cardiaca: Ruidos cardiacos rítmicos.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular disminuido. Mínima movilización del tórax.

Abdomen anodino.

Extremidades sin tono muscular, no las moviliza. Abolición de reflejos tendinosos.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: PR alargado y bloqueo de rama izquierda (no presentes en ECG de rutina hechos por su médico).

**Juicio clínico:**

Parálisis muscular flácida ascendente en probable relación a sobredosis de cloruro de magnesio.

**Diagnóstico diferencial:**

Otras causas de parálisis muscular: Guillain-Barré, botulismo, miastenia gravis.

Síndrome de enclaustramiento secundario a ACV pontino bilateral.

**Comentario final:**

La paciente evolucionó adecuadamente con el tratamiento médico y soporte respiratorio y fue dada de alta de la UCI sin secuelas. Su magnesemia pico fue de 7.03 mg/dl.

Es una intoxicación potencialmente mortal, de difícil sospecha provocada por un producto de uso extendido, ampliamente comercializado como suplemento nutricional y como tratamiento para múltiples patologías destacando el estreñimiento. No advierten contraindicaciones ni efectos adversos, su dosificación se especifica en cucharadas, y no aportan dispensador dosificador. De venta libre en parafarmacias, herbolarios, supermercados y tiendas deportivas.

Es probable que haya otros casos sin filiar y no se puede descartar que esté provocando sintomatología menos florida que pasa desapercibida en otros muchos pacientes. A ello hay que añadir que el ion Magnesio no es una determinación analítica rutinaria, lo que añade una dificultad extra al diagnóstico de la intoxicación. Los síntomas iniciales suelen ser debilidad, cansancio, pérdida de fuerza en miembros inferiores, náuseas, diarrea y/o disminución de reflejos osteotendinosos.

**Bibliografía:**

Thongprayoon C, Cheungpasitporn W. Admission serum magnesium levels and the risk of acute respiratory failure. Int J Clin Pract. 2015 Nov;69(11):1303-8.

Deshpande GG, Gharpure V. Acute hypermagnesemia in a child. Am J Health Syst Pharm. 2006 Feb;63(3):262-5.

**COMUNICACIONES PÓSTER****244/9.****¿SABEMOS USAR EL SPIROMAX?****Autores:**<sup>(1)</sup>Sendino del Olmo, R.; <sup>(2)</sup>Pinel Monge, M.; <sup>(3)</sup>Polo Periañez, J.; <sup>(4)</sup>Monje de Velasco, M.; <sup>(5)</sup>Lluesma Guillen, A.; <sup>(6)</sup>Muro Torres, E.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S.Aranbizkarra I, Vitoria.; <sup>(2)</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. GAZALBIDE TXAGORRITXU, Vitoria.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. OSI ARABA, Vitoria.**Objetivos:**

Evaluar el grado de conocimientos de los médicos residentes sobre la utilización del Spiromax

**Metodología:**

Estudio descriptivo transversal realizado a 43 médicos residentes OSI ARABA. Se realizó encuesta (edad, sexo, año de residencia, especialidad, experiencia laboral, uso habitual de inhalador por enfermedad respiratoria y formación previa sobre uso inhaladores) y una demostración práctica del manejo. Se revisó técnica inhalatoria siguiendo los pasos de la normativa SEPAR.

**Resultados:**

43 residentes edad media 28.7 años +- 3,64 72.09% (31) eran mujeres. El 74.42 % (32) eran residentes MFyC. El 32.56% (14) de 1º año, 23.26%(10) de 2º, 23.26% (10) 3º y 20.93% (9) de 4º. El 79.07% carecían de experiencia laboral previa. El 9.3% (4) padecían alguna enfermedad respiratoria por la que tenían que usar inhaladores (cartucho presurizado y turbuhaler). El 39.53% (17) habían recibido formación sobre uso de inhaladores que en un 82.35% de los casos había sido presencial.

El 4.65% no abrían la tapa doblándola hasta oír clic, el 23.26% no exhalaban el aire previamente, el 100% realizaban correctamente el paso de colocar la boquilla en la boca y realizar la inhalación, el 20.93% no realizaba apnea, el 34.88 % no enjuagaba la boca y el 2.33% no tapaba el dispositivo.

**Conclusiones:**

El porcentaje de errores en la técnica de inhalación es elevado aunque en menor medida que con otros inhaladores testados. Los errores más frecuentes fueron no exhalar el aire y no enjuagar. Sería recomendable una formación específica del manejo de inhaladores durante la formación MIR.

**244/20.****USO DE CPAP DE BOUSSIGNAC POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA.****Autores:**<sup>(1)</sup>Fernandez Fernández, E.; <sup>(2)</sup>García Fernández, J.; <sup>(3)</sup>Campa García, A.; <sup>(4)</sup>Pérez Regueiro, I.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico de familia y Comunitario. SAMU-Asturias.; <sup>(2)</sup>Médico Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias.Oviedo.; <sup>(3)</sup>Enfermera. Hospital Universitario Central de Asturias.Oviedo.; <sup>(4)</sup>Enfermera. SESPA.**Objetivos:**

Identificar patologías respiratorias que fueron tratadas con CPAP en el medio prehospitalario. Conocer la tolerancia, evolución clínica y tratamiento farmacológico durante el uso de la CPAP.

**Metodología:**

Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes atendidos entre 1 de febrero de 2006 y 19 de marzo de 2012. Se recogieron datos demográficos, patologías, constantes en 4 momentos de la asistencia (inicial, a los 5 y 15 minutos con CPAP y transferencia), fármacos y tolerancia al dispositivo.

**Resultados:**

Se incluyeron 36 pacientes, edad media 72,81(DE 11,39), el 75% hombres. Toleraron el dispositivo el 83,3% (n=30). La patología más prevalente la infección (20 casos), seguida del EPOC y asma (11 y 3 casos respectivamente).

El fármaco más frecuentemente fue corticoide IV (n=20), cloruro mórfico (n=19) , bromuro ipratropio (n=16) budesonida nebulizada (n=2)

La evolución de las constantes analizadas en los momentos determinados fue favorable.

Al comparar momento inicial respecto a los 5 min. se obtuvieron diferencias significativas en la frecuencia cardiaca-FC (p=0,006), saturación parcial oxígeno- SpO2 (p&lt;0,001). Al comparar el inicial respecto al 15' resultó significativa en frecuencia respiratoria-FR (p&lt;0,001), FC (p=0,001) y SpO2 (p&lt;0,001), presión arterial sistólica-PAS (p=0,024) presión arterial diastólica-PAD (p=0,011). Al comparar inicial y transferencia FR (p&lt;0,001), FC (p=0,001) SpO2 (p&lt;0,001), PAS (p=0,04), PAD (p=0,025).

**Conclusiones:**

La patología predominante fue la infecciosa. El fármaco más utilizado fue el corticoide IV. Es una técnica sencilla, segura, eficaz y bien tolerada que puede ser aplicada en el ámbito de la Atención Primaria.

**244/27.****E.P.O.C Y APP: ALGO MÁS QUE SIGLAS.****Autores:**<sup>(1)</sup>Lucas Sánchez, R.; <sup>(2)</sup>Moreno Martínez, D.; <sup>(3)</sup>López Lífante, V.; <sup>(4)</sup>Grau Comas, E.; <sup>(5)</sup>Rodríguez Corro, B.; <sup>(6)</sup>Cecilia Salgueiro, M.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Centro de Atención Primaria Palau, Barcelona.; <sup>(2)</sup>Médico Residente. Servicio de Medicina Interna Hospital Vall d'Hebrón.

**Objetivos:**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (E.P.O.C), es una de las patologías crónicas más prevalentes e incapacitantes de la población adulta.(1) Su detección precoz y posterior manejo, ayudarán a disminuir tanto su repercusión clínica como el impacto social. El uso de las denominadas Tecnologías de la Información y la Comunicación (T.I.C's) son una herramienta ofrecida al Sistema sanitario que pueden ayudar a su manejo.(2)

Por ello hemos procedido al estudio de las APP (APPLications) disponibles

**Metodología:**

Se ha realizado búsqueda en la AAP STORE de Apple Inc (Sistema I.O.S.) con las palabras clave EPOC y COPD. Así mismo se efectuó búsqueda y se admitieron las ofrecidas por Laboratorios Farmaceuticos. Se analizaron solo las de idioma castellano salvo la de GOLD-COPD (Por ser referencia clave). Se establecieron las siguientes variables: Nombre de la AAP, presencia o no de sponsor, sociedad científica de soporte, parámetros contenidos en cuanto a la estructura de la APP (diagnóstico, manejo y tratamiento).

**Resultados:**

Se encontraron 9 APP que cumplían los criterios. 8/9 acceso gratuito. Los sponsor fueron: Boehringer-Ingelheim, Novartis, Chiesi y Ferrer. Todas ellas estaban respaldadas por sociedades científicas. 7/9 ayudaban al diagnóstico, 6/9 al tratamiento y 4/9 a ambos

**Conclusiones:**

Existen un número significativo de aplicaciones APP.

Todas ellas presentan criterios de calidad avalados por sociedades científicas. Coste gratuito mayoritariamente. Uso fácil para usuario no experto. Gran capacidad de recoger, procesar y almacenar información y posibilidad de interacción con el paciente. Pensamos es un canal con una presencia e importancia actual que debería potenciarse

**CASOS CLINICOS PÓSTER****244/15.****Embarazo y gripe A****Autores:**

<sup>(1)</sup>Quesada Varela, Victor Julio; <sup>(2)</sup>Iglesias Rial, Ana Isabel; <sup>(3)</sup>Pequeño González, Tatiana.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Pontareas. Pontareas, Pontevedra.; <sup>(2)</sup>Enfermera. C.S. Pontareas. Pontareas, Pontevedra.

**Descripción del caso:**

Mujer de 26 años, embarazada de 25 semanas, remitida desde Ginecología tras valorar un cuadro gripal, para realización de otoscopia. Refiere otalgia izquierda y de menor intensidad en oído derecho. Ha presentado mialgias, fiebre y rinorrea desde hace 4 días.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Consciente, Orientada, Colaboradora. Buen estado general. Eupneica. Otoscopia: leve eritema en tímpano izquierdo, no exudados.

No Alergias Medicamentosas Conocidas. No Enfermedades. Intervenciones: apendicectomía

Se recoge frotis nasofaríngeo positivo para Influenza A.

El ginecólogo ante los resultados pauta Oseltamivir Cápsula de 75 mg dos veces al día durante 5 días.

**Juicio clínico:**

Gripe A.

**Diagnóstico diferencial:**

Gripe estacional, suele cursar con fiebre elevada (38-40°C), de comienzo agudo, escalofríos, tos, rinorrea, dolor de garganta, malestar, mialgias, cefalea, anorexia, ... También puede ir acompañado de diarreas y vómitos.

El resfriado o catarro común, suele cursar con rinorrea, picor de garganta, congestión nasal, estornudos, irritación ocular y no produce fiebre. No suele presentar complicaciones.

**Comentario final:**

La gripe puede ocasionar enfermedades graves en embarazadas, por lo que es fundamental la Prevención. Las mujeres embarazadas deben vacunarse contra la gripe para estar protegidas y proteger de esta enfermedad a sus bebés recién nacidos. Las complicaciones del embarazo, incluyen el aborto espontáneo, el parto prematuro y el malestar fetal.

**Bibliografía:**

- Rev Med Virol. 2016 Jul;26(4):268-84. doi: 10.1002/rmv.1884. Epub 2016 May 17.
- Rev Clin Med Fam vol.2 no.8 Cuenca oct. 2009
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. ATENCIÓN PRIMARIA. PROBLEMAS DE SALUD EN LA CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA, 7ª ED. Madrid: Elsevier; 2014. p. 566-581.

**244/19.****Acropaquias como forma de presentación de Carcinoma Pulmonar****Autores:**

<sup>(1)</sup>Fernández Fernández, Agurtzane; <sup>(2)</sup>González Aguilera, Jaione; <sup>(3)</sup>Gómez Sáenz, José Tomás; <sup>(4)</sup>Obregón Díaz, Rubén; <sup>(5)</sup>Segura Jiménez, Alfonso; <sup>(6)</sup>Ibáñez Leza, Alexandra.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias. Hospital San Eloy, Barakaldo, Vizcaya.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

**Descripción del caso:**

Paciente de 53 años de edad, con antecedentes personales de TBC en infancia con afectación articular en cadera y columna que deja como secuela dismetría de 8 centímetros. Fumador de 103 paquetes año. Estudiado en Servicio de Neumología en 2006 y 2011 por bullas y patrón reticular en Rx tórax.

Historia actual.- disnea de grado 2 con pérdida de unos 20 kg en los últimos 4 años. Criterios de bronquitis crónica, claudicación de la marcha a los 200 mts. Aumento de volumen en falanges distales en el último año.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Emaciado con pérdida de masa muscular sobre todo en eeii. Ausencia de pulsos poplíteos y tibiales. Acropaquias en manos. AP hipoventilación generalizada. Saturación basal 94%. TA 110/80mmHg.

Laboratorio.- Ca15.3, 72U/mL, Ca125, 897 U/mL, Ca19.9, 384 U/mL, CEA 20,6ng/mL, vitamina D, 15,2ng/mL

Rx tórax.- bulla en hemitórax izdo con masa de unos 5 cm no presente en Rx previas. Rx columna lumbar y pelvis: acuífamiento L2, esclerosis de Mönckeberg, impactación de cabeza femoral izquierda. Espirometría.- FEV1/CVF 77.57 FEV1 89% CVF 86 con prueba broncodilatadora negativa.

Se deriva a consulta nódulo pulmonar. TAC masa sólida de 73x42x50mm de contornos mal definidos, inhomogénea con áreas de necrosis a 1 cm del origen bronquio L5I. Enfisema pulmonar con numerosas bullas en campos pulmonares superiores. Nódulo residual en LSD. Tumoración de 55mm en suprarrenal dcha.

Broncoscopia lesión endobronquial en bronquio segmentario anterior L5I.

Anatomía patológica, carcinoma pulmonar escamoso

PET proceso neoplásico primario LSD con diseminación ganglionar mediastínica, laterocervical y supraclavicular izquierdas y en suprarrenales.

**Juicio clínico:**

Carcinoma escamoso pulmonar L5I, estadio IV (T2N3M1b)

Síndrome paraneoplásico: síndrome constitucional, acropaquias

**Diagnóstico diferencial:**

Carcinoma pulmonar primario o metastásico

**Comentario final:**

Los síntomas paraneoplásicos (SPN) son los efectos remotos producidos por un tumor que no están asociados a invasión directa, obstrucción o metástasis. El cáncer de pulmón (CP) es la neoplasia que con mayor frecuencia los asocia. Pueden ser la primera manifestación de la

enfermedad, aunque pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la misma. El CP de células pequeñas es el tipo histológico que más se asocia a SPN. Los SPN no indican necesariamente la presencia de enfermedad metastásica.

La osteoartropatía hipertrófica (OAH) se caracteriza por acropaquias y formación ósea periosteal, con intensos dolores osteoarticulares que responden espectacularmente a AAS o AINES y ácido zolendrónico. Es el SPN reumatológico más frecuente. Se asocia a múltiples enfermedades siendo las neoplasias pulmonares los tumores más frecuentemente encontrados (sobre todo escamosos y adenocarcinomas). Puede aparecer hasta un 14% de los CP. Las arpaquias se encuentran en un 50% de los pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática. La OAH típicamente se resuelve con el tratamiento definitivo del tumor primario.

#### Bibliografía:

Usón Jaeger J y López Criado P. Síndromes reumatológicos paraneoplásicos: artropatías y miopatías. En Síndromes paraneoplásicos. Accesible en [http://www.gethi.org/portals/0/libro\\_digital\\_oncologia.pdf](http://www.gethi.org/portals/0/libro_digital_oncologia.pdf)

## 244/21.

### Disnea y tos en ex-fumador jubilado de taller de fundición

#### Autores:

<sup>(1)</sup>González Aguilera, Jaione; <sup>(2)</sup>Zangróniz Uruñuela, María Rosario; <sup>(3)</sup>Gérez Callejas, María José; <sup>(4)</sup>Villareal Caballero, Blanca; <sup>(5)</sup>Ruiz Ferreras, Raquel; <sup>(6)</sup>Gómez Sáenz, José Tomás.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3er año de Neumología. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

#### Descripción del caso:

Varón de 72 años con antecedentes personales de trabajo en fundición y taller mecánico con diagnóstico de silicosis en el 71. Ex-fumador desde hace dos años con un consumo acumulado de 55P/A, bebedor de riesgo e hipertenso; SCACEST hace un año.

Historia actual: aumento de tos con disnea grado 3 de la mMRC desde hace unos dos meses. No síntomas de insuficiencia cardíaca.

Tratamiento actual: enalapril, indapamida, omeprazol, atorvastatina, ácido salicílico y ticagrelor.

#### Exploración y pruebas complementarias:

EF.- BEG, eupnéico en reposo, con hipofonosis basal derecha. SatO2 96%.

Rx tórax. Formaciones granulomatosas calcificadas, residuales, en campos pulmonares superiores y posteriores de unos 2 cm, redondeadas, asociadas a tractos lineales fibrocatrales en vértices con retracción hilar superior bilateral.

Espirometría: obstrucción severa con FEV1/CVF del 36% y FEV1 del 44% (1.230 lts).

Con sospecha de silicosis crónica complicada se deriva a Neumología donde se realiza test de difusión con DLCO del 75%. AAT 144mg/dL. Test de la marcha 472mts (95% del previsto) con escala de Borg 0/0.

Se inicia tratamiento con asociación LAMA+LABA

#### Juicio clínico:

Silicosis crónica complicada

EPOC fenotipo no agudizador

#### Diagnóstico diferencial:

EPID

Metástasis pulmonares

Tuberculosis miliar

#### Comentario final:

Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID) son un conjunto heterogéneo de entidades que afectan predominantemente a las estructuras alveolo-intersticiales, a las vías respiratorias y a la vasculatura pulmonar y que presentan manifestaciones comunes en clínica, radiología y función respiratoria. Se clasifican en Neumonías Intersticiales Idiopáticas, Primarias o asociadas a otros procesos no bien definidos y Entidades de causa conocida o asociadas a entidades bien definidas. En el último grupo se encuentran las neumoconiosis, definidas como la enfermedad intersticial permanente causada por la acumulación de polvo en el pulmón y la reacción patológica que provoca su presencia. El término neumoconiosis engloba entidades distintas; las más frecuentes son la silicosis, la neumoconiosis de los trabajadores del carbón y la asbestosis. Excluye los depósitos de polvo sin respuesta patológica (antracosis) y las EPID ocasionadas por mecanismos inmunológicos. La silicosis se produce por la inhalación mantenida de sílice cristalina (SiO<sub>2</sub>)

y es la más frecuente de las neumoconiosis. Las fuentes de exposición son prácticamente exclusivas del medio laboral (movimientos de tierra que contenga sílice, albañilería, hormigón, trabajadores de canteras o marmolerías...). Por su forma de presentación se clasifican en crónica (simple, complicada y fibrosis pulmonar), acelerada y aguda (tras exposiciones masivas). La complicada se caracteriza por masas radiográficas de más de 1 cm, disnea, tos y alteraciones obstructivas o restrictivas de gravedad variable. El descenso de la CVF y FEV1 se relaciona con la magnitud de la exposición y la extensión de las lesiones radiológicas y los antecedentes de tuberculosis (RR de 3). La sílice cristalina es además un carcinógeno en humanos, constituyendo también un factor de riesgo de EPOC. En las silicosis complicadas se recomiendan controles periódicos (1-3 años) y controles radiográficos. La TAC no está recomendada en el cribado de silicosis.

#### Bibliografía:

Fernández Álvarez RF, Martínez González C, Quero Martínez A, Blanco Pérez JJ, Carazo Fernández L y Prieto Fernández A. Normativa SEPAR. Normativa para el diagnóstico y seguimiento de la silicosis. Arch Bronconeumol 2015;51(2):86-93.

## 244/22.

### Un nódulo pulmonar....que crece

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Zangróniz Uruñuela, María Rosario; <sup>(2)</sup>Obrégón Díaz, Rubén; <sup>(3)</sup>González Aguilera, Jaione; <sup>(4)</sup>Fernández Fernández, Agurtzane; <sup>(5)</sup>Gérez Callejas, María José; <sup>(6)</sup>Gómez Sáenz, José Tomás.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias. Hospital San Eloy. Barakaldo, Vizcaya.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

#### Descripción del caso:

Mujer de 49 años de edad con antecedentes personales de quimioprofilaxis primaria por Mantoux +, intervenida en dos ocasiones de osteocondroma de fémur (1992-2011). En Rx tórax de preoperatorio en 2011 nódulo pulmonar derecho de 23 mm de diámetro de contorno liso a nivel parahiliar derecho. Comienza con dolor abdominal asociado a metrorragias. Histerectomía subtotal con anexectomía bilateral por útero miomatoso y quiste ovárico en 2016.

Estudiada por Ginecología se aprecia útero globuloso, mioma uterino y quiste ovario derecho de 51x39 mm.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Exploración física sin hallazgos.

Rx tórax nódulo pulmonar dcho de unos 3.5 cm de diámetro.

Ecografía ginecológica, útero globuloso con mioma de 53x45 mm, ovario de aspecto endometrioso de 51x39 mm con hidrosalpinx trompa izquierda de 44x15mm. Este último se informa como endometriosis vs adenomatosis.

Laboratorio Ca125 1.846U/mL (0-35), Ca19.9 60.2U/mL (0-35), AFP 9.2 U/mL (0-7), betaHCG <0,6U/L, HE4 65pmol/L (<70 en premenopausia)

TAC torácico Nódulo pulmonar de aspecto quístico en LSD parahiliar que hija aumentado significativamente de volumen (23 x 25 a 33 x 36mm), micronódulo pulmonar en 3mm apical derecho (sin cambios), signos de enfisema con pequeñas bullas subpleurales apicales bilaterales. TAC abdominopélvico quiste anexial derecho bien delimitado, de paredes finas.

PET leve actividad zona parahiliar derecha (sin cambios). Nódulo parahiliar derecho que sugiere benignidad. Recomendación de caracterización anatomopatológica.

Se realiza toracotomía lateral derecha. Masa polilobulada de consistencia dura ante ramas de vena lobar superior. Biopsia intraoperatoria informada como benignidad compatible con hamartoma.

#### Juicio clínico:

Hamartoma condroide

Marcadores tumorales +

#### Diagnóstico diferencial:

Nódulo pulmonar solitario

Cáncer de pulmón

Endometriosis

Metástasis pulmonar única

#### Comentario final:

El nódulo pulmonar solitario (NPS) se define como cualquier lesión única, redonda u oval, menor de 4-6 cm, de cualquier contorno, cavitada o no, con o sin calcificación, que se puede unir o no a lesiones satélites. Debe estar rodeada por pulmón ventilado en al menos 2/3 partes de su perímetro, lo que nos indica que es intrapulmonar. Para evaluar la posible benignidad de un NPS hay que analizar el tamaño, contorno, cavitación, localización y calcificaciones. De todas las características radiológicas tan solo la estabilidad en su tamaño y la presencia de calcificaciones benignas indican una alta probabilidad de benignidad del NPS. Los patrones de calcificación de las calcificaciones son: central, laminado, denso o total y "en palomitas de maíz" (típico de los hamartomas). La presencia de calcificaciones en el interior del NPS excluye en general la etiología maligna, excepto cuando se trata de una calcificación excéntrica, que puede ser consecuencia del englobamiento de calcio preexistente por el tumor.

Los hamartomas representan del 5-10% de los NPS, con un pico máximo de incidencia entre los 50-60 años y son más frecuentes en varones (3:1). Están compuestos por tejido que normalmente se encuentra presente en el pulmón (epitelio respiratorio, tejido fibroconectivo, grasa, cartilago y hueso) con un crecimiento desorganizado. Se subclasifican según el componente predominante (condromatoso, leiomiomatoso y adenofibromatoso).

#### Bibliografía:

García Toral R, Villarreal Zaunbos MA, Vázquez Fernández F, Prieto Murguía EG y Aguilera Padilla L. Hamartoma pulmonar. Informe de un caso. Gac Méd Mex 2007;143(4):345-349.

## 244/23.

### Tos y corticoides, corticoides y tos

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Helguera Quevedo, José Manuel; <sup>(2)</sup>Bonardeaux Chadburn, Cristina; <sup>(3)</sup>Ruiz Nuñez, Mario; <sup>(4)</sup>Garrastazu Lopez, Roberto; <sup>(5)</sup>Arenal Barquín, Sandra; <sup>(6)</sup>León Rodríguez, Carlos.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Bajo Asón. Ampuero, Cantabria.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Campoo Los Valles. Mataporquera. Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miera. Liérganes. Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gama. Gama. Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Selaya. Selaya. Cantabria.

#### Descripción del caso:

Varón de 60 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, hiperuricemia, síndrome de apnea obstructiva del sueño y fibrosis pulmonar familiar (2 hermanos afectados), en tratamiento crónico con prednisona 20mg cada 24 h desde hace 1 año. Refiere un cuadro de fiebre, tos seca y disnea progresiva de una semana de evolución.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Su médico de Familia objetiva crepitantes bibasales, saturación de O<sub>2</sub> de 94% y taquipnea de 30 rpm. Solicita Rx de Tórax y analítica y pauta tratamiento diurético y amoxicilina+ácido clavulánico. Se le cita a las 2 semanas con resultado de la Rx, objetivando infiltrado bilateral de perfil alveolar, acompañado de leucocitosis de 27.500 células/mm<sup>3</sup>. Sat O<sub>2</sub> 90%. Se decide derivar al paciente a Hospital, donde ingresa en UCI y fallece pasados 4 días.

**Juicio clínico:**

Neumonía bilateral por Herpes Simple tipo 1

**Diagnóstico diferencial:**

Neumonías extrahospitalarias que no responden a tratamiento empírico:

Infecciosa (Virus, Microorganismos resistentes, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*,

Anaerobios, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neocardia*, Hongos)

No infecciosa: Neoplasia, Hemorragia pulmonar, Edema pulmonar, Eosinofilia pulmonar, Distorsión respiratorio del adulto, Bronquiolitis obliterante idiopática, Vasculitis

**Comentario final:**

La fibrosis pulmonar familiar (FP) es una rara entidad de enfermedad pulmonar intersticial difusa que afecta a 2 o más miembros de una misma familia. Su tratamiento implica elevadas dosis de corticoides, ya sean solos o en combinación con otros fármacos inmunodepresores. Dada la alta mortalidad que presentan las infecciones en los pacientes inmunodeprimidos y más aún la neumonía por el VHS (> 80%), es necesaria una rápida y agresiva actitud diagnóstica para poder instaurar un tratamiento etiológico correcto lo más precoz posible y así poder disminuir las tasas de fracaso terapéutico, dado que la cobertura empírica inicial del VHS no está recomendada actualmente. El objetivo de este caso clínico es poner de manifiesto la relación existente entre la infección por el virus del herpes simple (VHS) y los pacientes inmunodeprimidos y potenciar las habilidades diagnósticas del médico de familia ante un cuadro de infección respiratoria baja.

**Bibliografía:**

- J.D. Jiménez-Delgado, M. Recio-Anayab, M.J. Izquierdo-Pajuelo, J. Monterrubio-Villara, M.V. Trasmonte-Martínez, M. Cidoncha-Gallego *Med Intensiva* 2013;37:363-4 - Vol. 37 Núm.5 DOI: 10.1016/j.medint.2012.08.007
- L. Mandell, R. Wunderink *Neumonía Harrison. Principios de Medicina Interna*, 17.a ed., pp. 1619-1628
- T.E. King Jr., E. Talmadge *Enfermedades pulmonares intersticiales Harrison. Principios de Medicina Interna*, 17.a ed., pp. 1643-1651
- J. Gamacho, C. Ortiz *Infecciones en el paciente inmunocomprometido Manual de Medicina Intensiva*, 2.a ed., pp. 379-386
- M.D. Elftman, J.T. Hunziker, J.C. Mellinger, R.H. Bonneau, C.C. Norbury, M.E. Truckenmiller *Stress-induced glucocorticoids at the earliest stages of herpes simplex virus-1 infection suppress subsequent antiviral immunity, implicating impaired dendritic cell function* *J Immunol*, 15 (2010), pp. 1867-1875
- C. Tecu, E. Genetay, A. Vabret, V. Alexandrescu, F. Freymuth
- *Etiology of viral pneumopathies in patients in intensive care unit under mechanical ventilation* *Room Arch Microbiol Immunol*, 67 (2008), pp. 14-16
- L. Corey *Virus del herpes simple Harrison. Principios de Medicina Interna*, 17.a ed., pp. 1095-1102 *American Thoracic Society/European Respiratory Society*
- *Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement*, 161 (2000), pp. 646-664 <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.161.2.ats3-00>

**244/24.****Disnea en fumador joven... "Mal asunto"****Autores:**

(1)Helguera Quevedo, José Manuel; (2)Arenal Barquín, Sandra; (3)Ruiz Nuñez, Mario; (4)Garrastazu Lopez, Roberto; (5)García López, Nicolás; (6)Bonardeaux Chadburn, Cristina.

**Centro de Trabajo:**

(1)Médico de Familia y Comunitario. C.S. Bajo Asón. Ampuero, Cantabria.; (2)Médico de Familia y Comunitario. C.S. Campo Los Valles. Mataporquera, Cantabria.; (3)Médico de Familia y Comunitario. C.S. Miera. Liérganes, Cantabria.; (4)Médico de Familia y Comunitario. C.S. Gama. Gama, Cantabria.; (5)Médico Pediatra. C.S. Astillero. Astillero, Cantabria.

**Descripción del caso:**

varón de 25 años, fumador de unos 20 cigarrillos al día, vive en una zona rural, que acude de urgencia al Centro de Salud por disnea progresiva desde hace 1 semana. Días atrás había acudido a urgencias del hospital siendo diagnosticado de infección respiratoria alta, tratado con levofloxacino 500 1/24h + dextetopropeno 25 1/8h. Estaba afebril y sin dolor. Había perdido algo de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Mal estado general. Hiperventilación general con roncus dispersos. Resto sin hallazgos de interés, salvo Sat O2 de 94%. Se solicitó una Rx de urgencia y analítica al Hospital y se valoró esa misma mañana por su médico de AP, quien objetiva condensación en base derecha sin broncograma aéreo y patrón suctivo bilateral, de perfil alveolar. Analítica urgente: Leucocitos 12.700, Hb 14.7, Hcto 44%, Plaquetas 213.000. PCR 6.7.

Ante la mala evolución del cuadro y la lejanía del hospital de referencia, y ante la negativa del paciente para acudir de nuevo a éste, se añade prednisona 40 mg vo cada 24 y se cambia a amoxicilina+ácido clavulánico 875/125 cada 8 horas y se le cita en 48 horas en consulta. 24 horas más tarde, ingresa en el Hospital, destacando en el TAC una consolidación parcheada sin broncograma aéreo. Por primera vez se sospechó un carcinoma broncoalveolar, que se confirmó mediante broncoscopia.

**Juicio clínico:**

Neumonía como primera manifestación de carcinoma broncoalveolar.

**Diagnóstico diferencial:**

Neumonía, TBC, TEP, Asma, FQ

**Comentario final:**

La particularidad del presente caso de carcinoma broncoalveolar es el hecho de que se presentó en contexto de disnea, enmascarado por una neumonía por colapso bronquial por el tumor. Además, el tipo histopatológico de tumor es poco frecuente en pacientes varones, entre los que es mayor la incidencia de carcinoma pulmonar microcítico. En adultos jóvenes la neumonía es la causa más habitual de disnea, pero la ausencia de características clínicas de la entidad (fiebre con tos y esputo purulento) debe orientar precozmente hacia otro diagnóstico. Se consideró un segundo diagnóstico erróneo (tuberculosis) en el Hospital, sin embargo, en esta ocasión los hallazgos clínicos y paraclínicos tampoco eran compatibles con el diagnóstico (en la tuberculosis la hemoptisis suele ser un síntoma precoz, pero en el paciente descrito estaba ausente). En un huésped inmunocompetente, el estado clínico más parecido a un síndrome general, la progresión del infiltrado pulmonar hasta la destrucción del parénquima del huésped, la ausencia de fiebre y hemoptisis y el deterioro deberían haber propiciado una sospecha más precoz de un carcinoma.

En conclusión, queremos hacer hincapié en el hecho de que la radiografía de tórax no suele ser suficiente para establecer el diagnóstico y que los hallazgos clínicos han de correlacionarse con el estado clínico del paciente, de modo que, con frecuencia, el diagnóstico de cáncer de pulmón se retrasa en pacientes jóvenes, por lo que puede perderse la oportunidad de instaurar un tratamiento curativo.

**Bibliografía:**

- *Neoplasms of the lungs*
- *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*, 4th ed, pp. 1799-1966
- F. Blanchon, M. Grivaux, T. Collon, M. Zureik, H. Barbieux, M. Bénichou-Flurin
- *Epidemiologic of primary bronchial carcinoma management in the general French hospital centres*
- *Rev Mal Respir*, 19 (2002), pp. 727-734

**244/25.****Vértigo de origen pulmonar****Autores:**

(1)Pérez Gómez, Sonia; (2)García López, Mª Francisca; (3)López Rojas, María Dolores.

**Centro de Trabajo:**

(1)Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Vera. Vera, Almería.; (2)Enfermera. C.S. de Vera. Vera, Almería.

**Descripción del caso:**

Antecedentes personales: HTA, EPOC, DM II, artrosis. Tratamiento: losartan/hidroclorotiazida, metformina/sitagliptina, tiotropio, salmeterol/fluticasona, paracetamol. Hábitos tóxicos: fumador de 10 cigarrillos/día (26 paquetes/año).

Paciente varón de 67 años que acude en varias ocasiones a consulta de Atención Primaria y a urgencias por cuadro de cervicalgia y mareo rotatorio. Es filiado como vértigo periférico y cervicalgia secundaria a cervicartrosis. Continúa consultando por persistencia de la clínica solicitando estudios complementarios. Ante hallazgo de tumoración pulmonar se solicita TC cráneo y se deriva a consulta de diagnóstico rápido de Neumología.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Exploración: TA: 100/60, FC: 100, so2: 92%. BEG, bien hidratado y profundo, eupneico, no ingurgitación yugular. Neurológico: PINR, pares craneales normales, no nistagmus, no dismetrias, fuerza conservada y simétrica, marcha normal, romberg estable, no signos de focalidad neurológica aguda ni de irritación meníngea. Otoscopia: normal. ORL: adenopatías cervical izquierda, elástica, no adherida, no dolor a la palpación de senos paranasales. ACR: tonos rítmicos, no soplos, hipofonía global. Resto sin hallazgos.

**Pruebas complementarias:**

-Bioquímica: glucosa: 145, creatinina: 0.67, hierro: 24, transferrina: 169, albúmina: 3.34, LDH: 260, HbA1c: 7.7%, PSA: 5.80, CEA: 2.70, AFP: 46, beta2microglobulina: 3.4  
-Sangre oculta en heces: positiva en una de 3 muestras  
-Hemograma: Hb: 11.2, Hto: 35, VCM: 81, leucocitos: 13.520, PNM: 78%, plaquetas: 367.000  
-Espirometría: CVF: 58%, FEV1: 48%, FEV1/CVF: 62%  
-Radiografía de tórax: masa en LSI con desviación mediastínica  
-TC cráneo: leucoaraiosis, focos hiperdensos con edema perilesional.  
-TC Tórax: Masa pulmonar en segmento posterior de LSI centronectrónica, cavitada, de 96x61x80mm, infiltra arteria pulmonar izquierda. Imágenes ganglionares. la mayor de 27x18mm.  
-PET-TC: masa pulmonar hipermetabólica con centro ametabólico, focos hipermetabólicos  
Colonoscopia: pólipos séisil en colon ascendente de 8mm, divertículos sigmoides múltiples  
Broncoscopia: estenosis completa de bronquio de LSI  
Biopsia bronquial: carcinoma escamoso pobremente diferenciado

**Juicio clínico:**

Carcinoma epidermoide estadio IV. Metástasis cerebrales secundarias a primario pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:**

Fractura vertebral (patológica o no), hernia discal, cifosis/escoliosis, espondiloartrosis, fibromialgia, HTA, VPPB, ictus, tumores primarios y/o metastásicos, infecciones

**Comentario final:**

Un tercio de los pacientes afectos de carcinoma pulmonar presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. Las metástasis cerebrales pueden ser asintomáticas en el 5-10% de los casos, siendo necesario realizar estudio de extensión antes de decidir una actitud terapéutica. Del análisis de presente caso podemos destacar la importancia de una completa historia clínica y exploración física de todo paciente, en especial en aquellos que acuden de forma reiterada, haciendo uso de pruebas complementarias sencillas y accesibles en Atención primaria, como es el caso de una radiografía de tórax. En nuestro caso, se relacionó con un origen mecánico degenerativo, indicando tratamiento sintomático sin investigar otras posibles causas, puesto que a pesar de tratarse de un paciente fumador, no se sospechó inicialmente un origen pulmonar con el consiguiente retraso diagnóstico.

**Bibliografía:**

- *Kuchcinski G, Le Rhun E, Cortot AB et al. Dynamic contrast-enhanced MR imaging pharmacokinetic parameters as predictors of treatment response of brain metastases in patients with lung cancer. Eur radiol. 2017 Feb 16. 10.1007/s00330-017-4756-5.*
- *Amorin Kajatt E. Lung cancer: a review of current knowledge, diagnostic methods and therapeutic perspectives. Rev Medicina Experimental y Salud Publica vol.30 n.1. 2013*

**244/35.****Calcificaciones en palomita de maíz, un caso de Atención Primaria.****Autores:**

(1)Pérez Gómez, Sonia; (2)López Rojas, María Dolores; (3)García López, Mª Francisca.

**Centro de Trabajo:**

(1)Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Vera. Vera, Almería.; (2)Enfermera. C.S. de Vera. Vera, Almería.

**Descripción del caso:**

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, Asma en la infancia, Tabaquismo. Tratamiento habitual: olmesartan/amlodipino. Fumadora de 10 cigarrillos/día (Índice paquetes-año: 22). De nacionalidad inglesa, reside en España en medio rural desde hace 6 años. Jubilada. Ama de casa. Posee dos perros.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente, mujer de 67 años que acude por cuadro de tos, disnea progresiva y astenia que le impide el desarrollo de su actividad cotidiana habitual, de dos semanas de evolución. No expectoración, no fiebre, no pérdida ponderal.

**Exploración física:**

Consciente, BEG: bien hidratada y perfundida, no ingurgitación yugular. AC: tonos rítmicos, no soplos. AR: MVC con sibilancias espiratorias asiladas. EEII: no edemas ni signos de TVP. Resto sin hallazgos

**Pruebas complementarias:**

Hemograma: Hb: 11.90, Hto: 31.9, VCM: 93%, Leucocitos: 14.270, PMN: 41%, linfocitos: 17%. Bioquímica: creatinina: 0.92, PCR: 131, GOT: 43, GPT: 41, LDH: 70, VSG: 61

BAAR: negativo

Mantoux: negativo

Radiografía de tórax: masa hiperdensa de 6.8x3.4x3cm con múltiples calcificaciones, compatible con hamartoma, patrón intersticial, no cardiomegalia, no infiltrados ni condensaciones

**Juicio clínico:**

Hamartoma. Asma agudizada. Infección de vías respiratorias bajas no condensativa.

**Diagnóstico diferencial:**

Condromas, lipomas, fibromas, condrosarcomas, carcinoma, tuberculosis

**Comentario final:**

CONCLUSIONES: Se presenta un caso de hamartoma, tumor poco habitual en nuestra práctica clínica diaria y poco, así mismo resaltar la importancia de una adecuada historia clínica y un completo diagnóstico diferencial.

Los Hamartomas son los tumores pulmonares benignos más frecuentes en el adulto, suponiendo el 10% de los tumores benignos hallados. Más frecuente en hombres, suele aparecer entre las 5ª y 6ª década de la vida. Su localización más frecuente es la parenquimatosa, no obstante la endobronquial suele ser la más sintomática. Su hallazgo suele ser casual aunque puede debutar en forma de neumo y/ hemotórax. Radiológicamente se muestra una imagen nodular con calcificaciones en palomita de maíz, patognomónica de esta lesión.

**Bibliografía:**

- Gosein MA, Narinesingh D, Nixon CA et al. Multi-organ benign and malignant tumors: recognizing Cowden syndrome: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes*. 2016 Aug 4;9: 388.
- Uhlén N, Grundberg O, Jacobsson H et al. Diagnosis of Bronchopulmonary Carcinoids Versus Pulmonary Hamartomas. *Clin Nucl Med*. 2016 Apr; 41 (4):263-7.
- Kanno R, Yonechi A, Higuchi M. et al. Concomitant metastatic lung tumor and hamartoma. *Fukushima J Med Sci*. 2014;60 (2):129-32.

**244/36.****En mi familia todos tenemos los dedos así. Dedos en palillo de tambor. Un caso de Fibrosis Pulmonar Idiopática Familiar****Autores:**

<sup>(1)</sup>Gómez Sáenz, José Tomás; <sup>(2)</sup>Zangróniz Uruñuela, María Rosario; <sup>(3)</sup>Gérez Callejas, María José; <sup>(4)</sup>González Aguilera, Jaione; <sup>(5)</sup>Arina Cordeu, Cristina; <sup>(6)</sup>Martínez Zabala, M<sup>a</sup> Carmen.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. La Rioja.

**Descripción del caso:**

Varón de 59 años de edad, ex-fumador desde hace 3 años con un consumo acumulado de 40 p/a, trabajador de hostelería.

Antecedentes familiares.- Madre fallecida a los 71 de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). Tercero de 7 hermanos; hermano fallecido a los 52 de FPI, otro hermano diagnosticado de FPI a los 50.

Motivo de consulta.- dedos en palillo de tambor desde hace unos 14 años. No presenta clínica respiratoria.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Buen estado general. Eupnéico en reposo con saturaciones basales del 97%. Acropaquias en dedos de la mano. Auscultación pulmonar con velamiento difuso y mínimos crepitantes en campos medios.

Análítica sin alteraciones (factor reumatoide y autoinmunidad en valores normales)

Rx tórax.- Patrón intersticial de predominio basal y periférico.

Espirometría.- CVF 4.570 (96%), FEV1 2.290 (99%), FEV1/CVF 74%, prueba broncodilatadora negativa.

DLCO 57% (alteración moderada)

TACAR.- Cambios fibróticos de predominio en llingula y lóbulo medio con algún componente atelectásico. Afectación más moderada en lóbulos superiores en segmentos apicales, anteriores y moderada en lóbulos inferiores. Nódulos pulmonares solitarios de 8 mm en lóbulo medio y subpleural de 6mm en segmento posterior de lóbulo inferior derecho. Se informa como patrón radiológico de posible Neumonía Intersticial usual (NIU).

**Juicio clínico:**

Acropaquias. FPI, Nódulos pulmonares solitarios.

**Diagnóstico diferencial:**

Síndrome paraneoplásico, Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID), Cáncer de pulmón.

**Comentario final:**

Las EPID constituyen un grupo muy heterogéneo de entidades que afectan predominantemente a los espacios alvéolo-intersticiales, a la pequeña vía aérea y a la vasculatura pulmonar. Aunque se conocen más de 150 causas diferentes de EPID, en menos del 35% de los casos es posible identificar la causa. Se distinguen 3 grupos: las neumatías intersticiales idiopáticas

(NIU), EPID de causa conocida o asociadas a otras entidades bien definidas y las entidades primarias o asociadas a otros procesos no bien definidos.

La FPI es la más frecuente de las EPID; es una enfermedad de etiología desconocida, limitada a los pulmones, que cursa con fibrosis progresiva y se caracteriza por una fisiología pulmonar restrictiva y alteraciones radiológicas y/o histológicas de NIU. Aunque alguno de los pacientes puede permanecer asintomático durante años, la mayoría progresa lentamente a insuficiencia respiratoria crónica. La clínica más habitual en la presentación es la tos y la disnea de esfuerzo. La FPI familiar se define como la presencia de la misma en 2 o más miembros de la misma familia. Hasta un 10% de los casos de FPI se consideran familiares (un 20% si solo consideramos los pacientes en las fases más avanzadas de la enfermedad). Se cree que tiene una herencia autosómica dominante con penetrancia variable. La clínica es similar a la FPI esporádica, presentándose en edades más tempranas, con menor afectación en lóbulos inferiores. La supervivencia es baja y similar a los pacientes con FPI esporádica. Nuestro paciente presenta una FPI de curso muy lento sin precisar tratamiento en el momento actual.

**Bibliografía:**

-Molina J, Trigueros JA, Quintano JA, Mascarós E, Xaubert E. y Ancochea J. Fibrosis pulmonar idiopática: un reto para la atención primaria. *Semerger* 2014;40:134-42.

-Mora Ortega GM. Fibrosis pulmonar familiar. *Arch Bronconeumol* 2012;48(Supl2):24-26.

**244/38.****¡Doctor, Mi padre se ha atragantado!****Autores:**

<sup>(1)</sup>de la Hoz Gutiérrez, María Ángeles; <sup>(2)</sup>Diez Martínez, Silvia; <sup>(3)</sup>Arques Perez, María Jose; <sup>(4)</sup>Mazon Perez, Adriana.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Santander, Cantabria.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Alisal. Santander, Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Sardinero. Santander, Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Alisal. Santander, Cantabria.

**Descripción del caso:**

Paciente de 87 años que nos avisan por deterioro progresivo del estado general y tras toma de líquidos incapacidad para la deglución (incluida la regurgitación), disnea de reposo y tendencia al sueño.

Como Antecedentes Personales paciente presenta hipertensión arterial, dislipemia, ICC, IRC, marcapios por BAV 1º+ BRIHH y aneurisma de aorta abdominal.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Alerta, responde a órdenes sencillas, sequedad mucocutánea, caquéctico. Tª: 36.4 Cº TAS: 98 mmHg TAD: 46 mmHg FC: 70 lpm SATO2: 95 % AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Analítica: Hemograma: Leucocitos 12.3 (86% segmentados), Hemoglobina 14.7 g/dL, Plaquetas 132.000.

Rx tórax: mala calidad, no se observan claras condensaciones, pinzamiento seno costofrénico derecho, ICT aumentado.

**Juicio clínico:**

Infección respiratoria por broncoaspiración

**Diagnóstico diferencial:**

Respiratoria:

- Obstrucción de las vías aéreas extratorácicas: Aspiración de cuerpos extraños. Edema de glotis
  - Obstrucción de las vías aéreas intratorácicas: Asma bronquial. Enfermedad obstructiva crónica agudizada. Inhalación de gases. Broncoaspiración.
  - Enfermedades parenquimatosas: Atelectasia. Neumonía.
  - Enfermedad pulmonar vascular oclusiva: Tromboembolismo pulmonar. Síndrome de distrés respiratorio del adulto.
  - Enfermedades de la pleura: Derrame pleural. Neumotórax.
- Cardíaca: Edema agudo de pulmón. Miocardiopatías. Valvulopatías. Cardiopatía isquémica. Pared torácica (patrón mecánico): Contusiones. Fracturas costales. Volet costal.

**Comentario final:**

La broncoaspiración es una enfermedad infradiagnosticada (e infratratada) en pacientes ancianos (aumenta su prevalencia según aumenta la edad, por el aumento de los trastornos de la deglución), dada la dificultad de diferenciar entre neumonitis de neumonía por broncoaspiración, presentando esta última una elevada morbi-mortalidad (50%), por lo que deberemos identificar de forma precoz la disfagia en los grupos de riesgo (ancianos, pacientes con enfermedades neurodegenerativas, etc) para poder hacer una intervención precoz cambiando textura de los sólidos y viscosidad de los líquidos.

**Bibliografía:**

Clave P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:742-8. Manik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2003;124:328-36. Wada H, Nakajoh K, Satoh-Nakagawa T, Suzuki T, Ohnui T, et al. Risk factors of aspiration pneumonia in Alzheimer's disease patients. *Gerontology*. 2001; 47:271-6.

**244/39.****Tuberculosis broncoagénica.****Autores:**

<sup>(1)</sup>Helguera Quevedo, José Manuel; <sup>(2)</sup>Ruiz, Mario; <sup>(3)</sup>Arenal Barquín, Sandra; <sup>(4)</sup>Bonardeaux Chadburn, Cristina; <sup>(5)</sup>García López, Nicolás; <sup>(6)</sup>Garrastazu Lopez, Roberto.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Bajo Asón. Ampuero, Cantabria.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Miera. Liérganes. Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Campoo Los Valles. Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico Pediatra. C.S. Astillero. Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Gama. Cantabria.

**Descripción del caso:**

Mujer de 27 años, que acude a urgencias por febrícula de 1 mes de evolución, acompañada de tos ocasional. En analítica del Centro de Salud destaca leucocitos 8600 (75,5 % neutrófilos) y Sodio: 131. Crepita el ápex dcho, por lo que es diagnosticada de neumonía en LSD. Mejora inicialmente tras tratamiento con amoxi-clavulánico 875/125. Se recomienda a la paciente realizar radiografía de control pasados 2-3 meses, pero no vuelve a tener contacto con los servicios sanitarios hasta 8 meses después. Entonces acude por tos y fatiga ocasional al médico de Atención Primaria.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Espirometría: FEV1/FVC 62%, FEV1 82%, reversibilidad 4%. Serología IgG (+) para *Mycoplasma pneumoniae*. VSG: 78. No consta tratamiento.

4 meses después contacta de nuevo porque reaparece la tos. Entonces se realiza Mantoux con resultado + (22x17 mm) y Rx de tórax, con cavitación pulmonar en segmento 6 de lóbulo inferior derecho asociado a una afectación parenquimatosa bilateral, centroarcal y bronquiolar en relación con Tuberculosis con diseminación broncogénica. Se obtiene esputo para realizar Zhiel x3 y cultivo de micobacterias confirmándose el diagnóstico de *Mycobacterium tuberculosis* complex sensible a Rifampicina, Etambutol, Isoniacida y Estreptomina. El médico de AP la deriva a Hospital, se realiza aislamiento respiratorio y se estudian convivientes. Se completa tratamiento con resultado satisfactorio

**Juicio clínico:**

Tuberculosis con diseminación broncogénica

**Diagnóstico diferencial:**

- Infecciones del tracto respiratorio superior (febrícula y malestar general).
- Bronquitis aguda (febrícula y malestar general) en enfermo con/sin bronconeumopatía crónica.
- Neumonía típica (fiebre alta, mayor de 38.5°C, postración, dolor costal) o atípica.
- Bronquiectasias (infecciones de repetición).
- Neumoconiosis (evolución tórpida, refractariedad a tratamiento)

**Comentario final:**

Las manifestaciones clínicas de la TB no permiten diferenciarla con precisión de otras enfermedades broncopulmonares. El comienzo es, la mayoría de los casos, insidioso y pueden pasar varios meses hasta que se llegue al diagnóstico de certeza. Por ello es importante poner en marcha las exploraciones complementarias ante la más mínima sospecha.

La primoinfección acostumbra a ser subclínica o dar síntomas inespecíficos como tos, febrícula, expectoración mucopurulenta, sudoración nocturna, astenia, aunque en algunas ocasiones el inicio es agudo.

La tuberculosis tiene una incidencia mundial estimada de 9,27 millones de nuevos casos anuales. Para el diagnóstico de certeza de enfermedad tuberculosa es absolutamente necesaria la obtención de un cultivo que demuestre el crecimiento de colonias de *M. tuberculosis*.

La radiografía puede poner de manifiesto una consolidación parenquimatosa indistinguible de una neumonía de otra etiología, lo que puede conllevar un retraso diagnóstico.

Todo lo anterior debe de ponernos en guardia ante la TBC, cuya incidencia está aumentando, y evitar casos como el que nos ocupa, con retraso en el diagnóstico y tratamiento, siendo un problema clínico y de Salud Pública importante.

**Bibliografía:**

1. *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. WHO report; 2009.*
2. *American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1990; 142: 725-735.*
3. *Pérez Villaverde N; Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y actuación en urgencias para residentes 2003. Cap. 20, p. 159-162.*
4. *Medina Gallardo J.F. Calero Añuza C. Álvarez Gutiérrez F.J. Romero Falcón A. Tuberculosis pulmonar. Medicina. 2010; 10 :4587-96*

**244/42.****¡Doctora! Algo me da alergia!!! ¿porqué me duele?****Autores:**

<sup>(1)</sup>Diez Martínez, Silvia; <sup>(2)</sup>Arques Perez, María Jose; <sup>(3)</sup>de la Hoz Gutiérrez, María Ángeles; <sup>(4)</sup>Fernandez Serna, Andres; <sup>(5)</sup>Fortuny Henriquez, Cesar; <sup>(6)</sup>Gomez Ruiz, Leticia.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico de familia y Comunitario. S.U.A.P. Alisal. Santander, Cantabria.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Sardinero. Santander, Cantabria.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. S.U.A.P. Santander, Cantabria.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Sardinero. Santander, Cantabria.; <sup>(5)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. La Marina. Santander, Cantabria.; <sup>(6)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Dávila. Santander, Cantabria.

**Descripción del caso:**

Mujer. 39 años. Acude por segunda ocasión servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) por lesiones redondeadas, eritematosas que en una primera visita se relaciona con reacción alérgica que se trata con cetiricina sin mejoría. Durante la anamnesis la paciente refiere lesiones redondeadas de predominio en tobillos (pero también en extremidades superiores e inferiores), con artralgias erráticas, pero en ningún caso describe prurito.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Exploración física no hay ninguna alteración. Excepto lesión eritematosa nodular, dolorosa, adherida a planos profundos. Al tiempo que muestra lesiones residuales violáceas en abas piernas y hombros.

Ante la sospecha de eritema nodoso, se recomienda a la paciente acudir a su MAP. Y se pauta como tratamiento AINEs cada 8 horas.

Desde consulta se realiza estudio , donde hemograma bioquímica, coagulación, estudio tiroideo, proteinograma, elemental y sedimento , mantoux, radiología abdomen y torax, ecografía abdomino-pelvíca sin ninguna alteración. Únicamente se detectó una elevación inicial de ASLO que normalizó al mes .

**Juicio clínico:**

ERITEMA NODOSO

**Diagnóstico diferencial:**

El diagnóstico diferencial con contusiones, picaduras de insectos, y flebitis son fáciles de reconocer. El diagnóstico diferencial incluye también las enfermedades que pueden cursar con eritema nodoso infecciones por estreptococos, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium leprae*, *Yersinia*, *Salmonella*, *Chlamydia pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, virus (CMV, VHB, VHC, EBV, VIH) u hongos-

Reacción medicamentosa secundaria a antibióticos (particularmente a la penicilina), sulfonamidas, pirazolonas.

Enfermedades como la sarcoidosis (una de las causas más frecuentes), las enfermedades inflamatorias intestinales, el síndrome de Sweet (dermatitis con neutrofilia) o enfermedades sistémicas del tejido conectivo (lupus eritematoso generalizado, polimiositis/dermatomiositis, escleroderma, vasculitis)

Embarazo o consumo de anticonceptivos orales.

**Comentario final:**

El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis con aparición de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos. Afecta a la superficie pretibial de las extremidades inferiores entre otros lugares. Más frecuente en mujeres entre los 15-30 años, en épocas de primavera y final del invierno De etiología múltiple. El cuadro clínico es típico por lo que el diagnóstico suele ser sintromico. Para poder llevar a cabo el diagnóstico etiológico debemos realizar un estudio que descarte las causas más frecuentes: estudio analítico, radiografía de tórax, pruebas serológicas, cultivos, Mantoux, test embarazo. En caso de duda se puede recurrir a la biopsia. Dado el carácter autolimitado de la enfermedad, el tratamiento debe ser etiológico si se demuestra su origen. El tratamiento sintomático se basa en aines y corticoides en algún caso.

**Bibliografía:**

- 1-Muñoz Ávila JA, García Criado EI, Berlango Jiménez A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Manejo del eritema nodoso en urgencias. *Semerger*. 1998;24(5):395-8.
- 2-García Porrúa C, González Gay MA, Vázquez Caruncho M, López Lázaro L, Lueiro M, Fernández ML, et al. *Erythema nodosum. Etiologic and predictive factors in a defined population. Arthritis and rheumatism*. 2000;43:584-92.

**244/55.****Eritema Nodoso en Atención Primaria, un caso de Sarcoidosis.****Autores:**

García López, Mª Francisca; Pérez Gómez, Sonia; López Rojas, María Dolores.

**Centro de Trabajo:**

Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Vera. Vera, Almería.

**Descripción del caso:**

Paciente de 71 años que acude en varias ocasiones por poliartalgias relacionadas inicialmente con problemas osteoarticulares, posteriormente acude a consulta por pérdida ponderal de unos 10kg en 3 semanas, astenia, decaimiento, fiebre vespertina y aparición de habones en las piernas. Finalmente es trasladada a urgencias hospitalarias por de isnea progresiva hasta hacerse de reposo.

**Exploración y pruebas complementarias:**

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente y orientada, disneica en reposo a unas 24rpm, no inurgitación yugular. No signos inflamatorios a nivel articular. ACR: tonos rítmicos, no soplos, MVC con sibilancias y estertores en campos superiores. Abdomen anodino. EEII: exantema eritematoso, papuloso en tercio medio distal de ambas piernas, no edemas ni signos de TVP

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

Hemograma: Hb: 8.90, Hto: 26.9, VCM: 83%, Leucocitos: 4.370, PMN: 75%, linfocitos: 20%, monocitos: 4%, eosinófilos: 1%.

Bioquímica: creatinina: 1.2, GOT: 93, GPT:83, GGT: 69, LDH: 570, VSG: 61, PCR: 131

GSA basal: pO2 86, pCO2 38,4 pH 7,3

Ecografía abdominal: esplenomegalia

Radiografía de tórax: broncograma aéreo, engrosamiento de trama broncovascular, adenopatías hiliares y mediastínicas bilaterales, de 1-1.5cm

TC torácico: múltiples adenopatías parahiliares y mediastínicas, nódulos peribronquiales de carácter granulomatoso

**Juicio clínico:**

Síndrome de Lofgren. Sarcoidosis

**Diagnóstico diferencial:**

Infecciones, fármacos, Artrosis, artritis, fibromialgia, colagenosis, neoplasias

**Comentario final:**

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica, de etiología desconocida, pudiendo afectar a cualquier órgano, entre ellos: pulmón, piel o corazón.

El diagnóstico se basa en la concurrencia de un cuadro clínico compatible, con afectación de al menos dos órganos, confirmación histológica de granulomas epiteliodes no caseificantes formados por linfocitos T, y la exclusión de otras enfermedades granulomatosas.

Hasta un 60% de los casos, puede presentarse de forma asintomática, suponiendo un hallazgo casual en estudios complementarios por otros motivos.

Es de gran importancia de Atención Primaria hacer un adecuado y completo diagnóstico diferencial de nuestros pacientes haciendo uso de estudios sencillos y accesibles como la exploración física, el estudio analítico y la radiografía de tórax

**Bibliografía:**

- Esquerrá MT, Molina S, Deniel J. *Eritema nodoso*. *JANO* 1999; 57: 39-42.
- Jiménez Ruiz, M. Iglesias Heras, M. et al. *Statement on sarcoidosis*. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160; 736-755

# COMUNICACIONES MÉDICOS RESIDENTES

## COMUNICACIONES ORALES

### 244/2. PREVALENCIA Y CUMPLIMIENTO DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Mateos Ortega, R.; <sup>(2)</sup>Aguilar López, I.; <sup>(3)</sup>López Macías, I.; <sup>(4)</sup>Ridaura Ruiz, B.; <sup>(5)</sup>Quintano Reina, C.; <sup>(6)</sup>Pérez Membrive, E.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(4)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(5)</sup>Enfermera. Urgencias Hospital Infanta Margarita. Cabra.Córdoba.

#### Objetivos:

La gripe es un grave problema sanitario, tanto por su mortalidad directa o indirecta así como por los costes económicos y sociales que origina.

el objetivo general del estudio es determinar la prevalencia de vacunación antigripal en una muestra poblacional. como objetivos específicos, la determinación de la prevalencia de vacunación según el sexo, o el ser población de alto riesgo según la campaña 2016-2017 y el momento en el que se realizan.

#### Metodología:

Estudio observacional transversal retrospectivo. Mediante revisión individualizada de todos aquellos vacunados y registrados en la base de datos de la unidad de gestión clínica (UGC) del estudio, con edad igual o mayor a 14 años y excluyendo a los menores de esa edad. La variable principal será el registro de vacunación 2016-17 y, como variables secundarias: edad y sexo, fecha de vacunación y cumplimiento de criterios de alto riesgo. Analizaremos las variables categóricas y discretas en proporciones mediante ji-cuadrado de Pearson, o test de Fisher si precisa. Las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE) usando la t de student para las comparaciones, previa comprobación de la normalidad mediante Kolmogorof-Smirnof.

#### Resultados:

La mayor parte de los vacunados corresponden a aquellos de 65 años o más. Del total de vacunaciones, un 94,52% cumple criterios de alto riesgo. se objetivan picos de vacunación en lugar de caída descendente por vacunación masiva como cabe esperar.

#### Conclusiones:

El resultado sugiere la necesidad de establecer o reforzar estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de vacunación frente a la gripe.

### 244/4. UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIपाल EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Rodríguez Guerrero, E.; <sup>(2)</sup>Mateos Ortega, R.; <sup>(3)</sup>Aguilar López, I.; <sup>(4)</sup>Bellido Moyano, C.; <sup>(5)</sup>Guerrero Muñoz, J.; <sup>(6)</sup>Delgado Fernández, L.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Lucena I. Córdoba Sur. Córdoba.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba.; <sup>(4)</sup>Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Lucena I (Córdoba); <sup>(5)</sup>Director médico. AGC de Lucena. Córdoba. Zona Sur.

#### Objetivos:

En este estudio pretendemos determinar la efectividad de la vacunación antigripal en cuanto a la disminución de hospitalizaciones, en sujetos de 65 años o más.

#### Metodología:

Se trata de un estudio multicéntrico observacional analítico de casos y controles emparejados por edad y sexo y grupo de riesgo que aconseja la vacunación, en los centros de salud de un Área sanitaria adscritos a su hospital de referencia. para los casos, se realizará un muestreo aleatorio simple a partir de la lista de altas hospitalarias del hospital de referencia entre el 1 de enero y 30 de septiembre de 2016. se han incluido 110 unidades experimentales por cada grupo (casos y controles), obteniendo una precisión del 0,55% con un ic del 95% bilateral asintótico normal. la variable principal fue el ingreso hospitalario y como variables secundarias tuvimos de tipo demográfico, condiciones médicas subyacentes y vacunas antigripal y antineumocócicas recibidas. se realizó un análisis univariante y multivariante.

#### Resultados:

La edad media se estimó en 68,84 años, con desviación estándar (de) 17.82 (ic 95%: 66.47-71.21). los hombres representan el 56.16% (ic 95%). la duración media de la estancia hospitalaria fue de 4.45 días (ic95%: 3.34-5.56), con de 8.23. los pacientes vacunados de la gripe presentaron una odds ratio (OR) de 1.36, concluyendo que la vacunación antigripal, no previene la hospitalización.

#### Conclusiones:

La vacuna antigripal, aunque ha demostrado su eficacia en reducción de morbimortalidad, no lo hace en nuestro estudio respecto a la probabilidad de ingresar en un hospital.

### 244/5. ANÁLISIS RESTROSPECTIVO DE LA PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO INHALADO DEL ASMA Y EPOC.

#### Autores:

<sup>(1)</sup>López Macías, I.; <sup>(2)</sup>Bellido Moyano, C.; <sup>(3)</sup>González Rodríguez, E.; <sup>(4)</sup>Mateos Ortega, R.; <sup>(5)</sup>Rodríguez Morales, A.; <sup>(6)</sup>Rodríguez Guerrero, E.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(2)</sup>Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Lucena I (Córdoba); <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba.; <sup>(6)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba Sur.

#### Objetivos:

Evaluar retrospectivamente persistencia en el tratamiento inhalado, según el dispositivo: inhalador presurizado de dosis media (mdi) o dispositivos de polvo seco (dpi), describir el cambio/interrupción del tratamiento.

#### Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo. muestra:172 sujetos (86 EPOC y 86 asmáticos) en tratamiento con corticoides inhalados(ci), betaadrenérgicos de larga duración (laba), anticolinérgicos de larga duración (lama) solos o en combinación. criterios de inclusión: ≥14 años, diagnosticados previamente a la fecha índice (01/12/2014) y prescripción electrónica con al menos 2 recetas durante el periodo de seguimiento (01/12/2016). variables estudiadas: sociodemográficas, comorbilidad (índice de Charlson) y persistencia de tratamiento. análisis univariante, bivariados (ji-cuadrado, ANOVA y correlación lineal de Pearson, p<0,05) y de supervivencia (univariante:kaplan-meier y test log-rank; multivariante:regresión de cox). g-stat2.0.

#### Resultados:

172 sujetos, 111(64.53%; ic95%: 56.89-71.67) hombres. edad media:55.56 años, desviación típica(dt) 19.80 (ic95%: 52.58-58.55). utilizan dpi de mantenimiento:73.26% y mdi:26.74%. las medianas del tiempo de persistencia según: diagnóstico:150 días en asma y 360 en epoc; dispositivo:195 días mdi y 360 dpi; sexo:360 hombres y 330 mujeres. comparaciones entre grupos (dpi/mdi asma y EPOC): edad (hazard ratio(hr)=1.00 (ic95%: 0.98-1.02), sexo(hr)=1.29 (ic95%: 0.77-2.17), años diagnóstico(hr)=1.02 (ic95%: 0.98-1.06); Índice de charlson(hr)=0.93 (ic95%: 0.79-1.10). ratio de posesión del medicamento (rpm)=71.71% (ic95%: 67.36-76.06). en asmáticos: 62.98% (ic95%: 57.09-68.86) y en EPOC: 80.45% (ic95%: 74.49-86.41), t-student:-4.14 (p: 0.0005). según dispositivo:71.41 (ic95%: 63.61-79.21) mdi y 71.82 (ic95%: 66.55-77.10) dpi, t-student=0.10 (p: 0.91).

#### Conclusiones:

La persistencia en tratamiento es menor en asmáticos que en EPOC, en los que utilizan mdi respecto dpi, y en mujeres. La rpm es superior en EPOC, sin encontrar diferencias en el tipo de dispositivo.

### 244/10. "PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN UNA POBLACIÓN EN EDAD LABORAL"

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Turégano Yedro, M.; <sup>(2)</sup>Jiménez Baena, E.; <sup>(3)</sup>Bellido Maldonado, A.; <sup>(4)</sup>Muñoz Olmo, L.; <sup>(5)</sup>Prieto Nave, J.; <sup>(6)</sup>Riesco Miranda, J.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. SanJorge, Cáceres.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 3º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3º año de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; <sup>(5)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Almassora. Castellón.; <sup>(6)</sup>Médico Adjunto de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

#### Objetivos:

Conocer la prevalencia de tabaquismo en una población de edad laboral y realizar estudio comparativo con datos de la Encuesta Nacional de Salud estratificados por edad.

#### Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo. muestra:172 sujetos (86 EPOC y 86 asmáticos) en tratamiento con corticoides inhalados(ci), betaadrenérgicos de larga duración (laba), anticolinérgicos de larga duración (lama) solos o en combinación. criterios de inclusión: ≥14 años, diagnosticados previamente a la fecha índice (01/12/2014) y prescripción electrónica con al menos 2 recetas durante el periodo de seguimiento (01/12/2016). variables estudiadas: sociodemográficas, comorbilidad (índice de Charlson) y persistencia de tratamiento. análisis univariante, bivariados (ji-cuadrado, ANOVA y correlación lineal de Pearson, p<0,05) y de supervivencia (univariante:kaplan-meier y test log-rank; multivariante:regresión de cox). g-stat2.0.

#### Resultados:

172 sujetos, 111(64.53%; ic95%: 56.89-71.67) hombres. edad media:55.56 años, desviación típica(dt) 19.80 (ic95%: 52.58-58.55). utilizan dpi de mantenimiento:73.26% y mdi:26.74%. las medianas del tiempo de persistencia según: diagnóstico:150 días en asma y 360 en epoc; dispositivo:195 días mdi y 360 dpi; sexo:360 hombres y 330 mujeres. comparaciones entre grupos (dpi/mdi asma y EPOC): edad (hazard ratio(hr)=1.00 (ic95%: 0.98-1.02), sexo(hr)=1.29 (ic95%: 0.77-2.17), años diagnóstico(hr)=1.02 (ic95%: 0.98-1.06); Índice de charlson(hr)=0.93 (ic95%: 0.79-1.10). ratio de posesión del medicamento (rpm)=71.71% (ic95%: 67.36-76.06). en asmáticos: 62.98% (ic95%: 57.09-68.86) y en EPOC: 80.45% (ic95%: 74.49-86.41), t-student:-4.14 (p: 0.0005). según dispositivo:71.41 (ic95%: 63.61-79.21) mdi y 71.82 (ic95%: 66.55-77.10) dpi, t-student=0.10 (p: 0.91).

#### Conclusiones:

La prevalencia de tabaquismo en edad laboral supera claramente la media de la población general nacional. En nuestro medio, se observa un incremento de cifras en ambos sexos con

respecto a las ofrecidas por la Encuesta Nacional de Salud de 2012. Es necesario hacer esfuerzos de sensibilización, información y ofrecer una red asistencial que permita diagnosticar y tratar a la población fumadora.

## 244/11. “CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN ÁREA DE SALUD”

### Autores:

<sup>(1)</sup>Jiménez Baena, E.; <sup>(2)</sup>Turégano Yedro, M.; <sup>(3)</sup>Jiménez Baena, M.; <sup>(4)</sup>Cambero Cortés, V.; <sup>(5)</sup>Cano Cabo, E.; <sup>(6)</sup>Polo García, J.

### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Jorge, Cáceres.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Hospital San Agustín. Linares, Jaén.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Cáceres.; <sup>(5)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Siero- Sariego. Asturias.; <sup>(6)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Casar de Cáceres. Cáceres.

### Objetivos:

Determinar las características clínicas de pacientes diagnosticados de Tromboembolismo pulmonar (TEP) en un Centro de Salud urbano.

### Metodología:

Se registraron variables como número de episodios, cronología del mismo, localización de la lesión, tratamiento recibido y si había trombosis venosa profunda (TVP) asociada.

### Resultados:

Se incluyó en el estudio a 40 pacientes (52,5% varones y 47,5% mujeres) con edad media de 71,35 años y desviación estándar de  $\pm$  13,67 años. En el 85% de los casos era el primer episodio tromboembólico, mientras que en el 15% era recurrente. Los defectos de repleción afectaban a un solo pulmón en el 62,5% frente al 37,5% en el que eran bilaterales. De los 40 casos, se realizó únicamente fibrinólisis en el 10%, documentándose en ellos datos ecocardiográficos de sobrecarga de ventrículo derecho. Respecto a la cronología, el 32,5% acontecieron en el último año y el 67,5% restante hace más de 12 meses. También se comprobó que sólo en el 20% de los casos había una TVP asociada.

### Conclusiones:

El TEP constituye un motivo frecuente de asistencia médica (fundamentalmente en los servicios de Urgencias), su prevalencia está en aumento y dada su variabilidad clínica de presentación es importante un diagnóstico de sospecha. El papel del médico de Atención Primaria es fundamental en la detección de las situaciones de riesgo y así instaurar profilaxis para evitar dichos eventos.

## 244/26. COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES CON EPOC O ASMA.

### Autores:

<sup>(1)</sup>Otero González, R.; <sup>(2)</sup>Chapela Villa, C.; <sup>(3)</sup>Friande Pereira, S.; <sup>(4)</sup>Lamas Baños, Á.; <sup>(5)</sup>Galindo Montero, R.

### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

### Objetivos:

Analizar la prevalencia de la comorbilidad en pacientes EPOC o asma.

### Metodología:

Variables estudiadas: edad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes y dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, ictus, tromboembolismo pulmonar, insomnio, ansiedad y depresión, SAHS, enfermedad osteomuscular.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS-PC para Windows, versión 20.0.

### Resultados:

En asma, la edad media es 48 años, rango 18-84. El 69,8% nunca ha fumado, el 11,3% exfumadores y el 18,9% fumadores activos. Presentan diabetes 5,3%, hipertensión arterial 22,6%, dislipemia 17%, cardiopatía isquémica 1,9%. Sufrieron 1 episodio de ictus o tromboembolismo pulmonar el 1,9%. El 17% sufren insomnio, 18,9% ansiedad y 9,4% depresión, SAHS 3,8% y de enfermedad osteomuscular 24,5%.

### Conclusiones:

Es importante conocer la comorbilidad y hacer prevención para evitar comorbilidades que afectan de manera negativa en la evolución de la enfermedad pulmonar.

## 244/29. ADHESIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ASMA.

### Autores:

<sup>(1)</sup>Calheiros Cruz Vidigal, T.; <sup>(2)</sup>Fernández-Cervera Fernández-Herrera, M.; <sup>(3)</sup>Loureiro Faro, A.; <sup>(4)</sup>Galindo Montero, R.; <sup>(5)</sup>Parada Jorgal, J.

### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

### Objetivos:

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal, retrospectivo que incluye 53 pacientes asmáticos.

Muestra aleatoria de pacientes diagnosticados previamente a 2016 de un centro de salud.

Los datos se recogen a través de historia clínica electrónica y entrevista tras concertar cita donde cumplimenta cuestionario TAI.

Variables: Edad, sexo, nivel estudios, nivel asistencial donde se ha diagnosticado la enfermedad (Atención Primaria, Neumología), año de diagnóstico, grado de adhesión al tratamiento y patrón de incumplimiento (cuestionario TAI) y revisión en historia clínica la prescripción farmacológica).

Análisis estadístico realizado con programa SPSS-PC para Windows, versión 20.0.

#### Resultados:

El 60,4% se diagnosticaron en Atención Primaria. Diagnóstico: 5,7% en los últimos 12 meses, 3,8% entre los últimos 12 y 24 meses y 90,6% hace más de 24 meses. La adhesión al tratamiento con inhaladores es buena 32,1%, intermedia 39,6% y mala 28,3%. El tipo de incumplimiento es errático 20,8%, errático inconsciente 18,9%, errático deliberado 11,3% y errático inconsciente y deliberado 13,2%. En la revisión de dispensación farmacológica el 45,3% no recoge adecuadamente la medicación.

#### Conclusiones:

Conocer el grado de adhesión y el grado de incumplimiento terapéutico permitirá incluir al paciente en programas formativos encaminados a enseñar las habilidades necesarias en el manejo de la enfermedad.

## 244/33. ADHESIÓN Y CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES EPOC

### Autores:

<sup>(1)</sup>Friande Pereira, S.; <sup>(2)</sup>Lamas Baños, Á.; <sup>(3)</sup>Chapela Villa, C.; <sup>(4)</sup>Otero González, R.

### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

### Objetivos:

Evaluar el grado de adhesión al tratamiento y el cumplimiento terapéutico en pacientes EPOC

#### Metodología:

Los datos se recogen a través de historia clínica electrónica y entrevista tras concertar cita donde cumplimenta cuestionario TAI.

Variables: Edad, sexo, nivel de estudios, nivel asistencial donde se ha diagnosticado la enfermedad (Atención Primaria, Neumología), año de diagnóstico, grado de adhesión a tratamiento y patrón de incumplimiento (cuestionario TAI) y revisión historia clínica y prescripción farmacológica)

Análisis estadístico realizado con programa SPSS-PC para windows, versión 20.0.

#### Resultados:

Los pacientes tienen una edad media de 70 años, rango 47-86, siendo 43 varones (82,7%) y 9 mujeres (17,3%), cuyos estudios son primarios 78,8%, secundarios 13,5% y superiores 7,7%. El 69,2% se diagnosticarán en Atención Primaria. Diagnóstico: 9,6% en los últimos 12 meses, 19,2% entre los últimos 12 y 24 meses y 71,2% hace más de 24 meses.

La adhesión al tratamiento con inhaladores es buena 42,3%, intermedia 30,8% y mala 26,9%. El tipo de incumplimiento es errático 21,2%, errático inconsciente 28,8%, errático deliberado 11,5% y errático inconsciente y deliberado 3,8%.

El 34,6% tienen buen cumplimiento. En la revisión de dispensación farmacológica el 17,3% no recoge adecuadamente.

#### Conclusiones:

Conocer el grado de adhesión y el grado de incumplimiento terapéutico permitirá incluir al paciente en programas formativos encaminados a enseñar habilidades necesarias en el manejo de la enfermedad.

## 244/44. “UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO PORTÁTIL VITALOGRAPH COPD-6 PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA”

### Autores:

<sup>(1)</sup>Jiménez Baena, E.; <sup>(2)</sup>Turégano Yedro, M.; <sup>(3)</sup>Tobajas Belvis, L.; <sup>(4)</sup>Vicente Pacheco, R.; <sup>(5)</sup>Mateos Iglesias, N.; <sup>(6)</sup>Montero López, L.

### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Jorge, Cáceres.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Salorino. Salorino, Cáceres.; <sup>(4)</sup>Enfermera. Hospital Don Benito-Villanueva. Don Benito, Badajoz.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia y Comunitario. Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cáceres. Cáceres.; <sup>(6)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Jorge. Cáceres.

### Objetivos:

Medir la utilización y aplicabilidad del dispositivo Vitalograph-COPD-6 para el diagnóstico precoz de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Atención Primaria.

#### Metodología:

Se tomó como referencia un cociente FEV1/FEV6 menor de 0,75, y a éstos pacientes con obstrucción en el Vitalograph-COPD6, se realizaron espirometrías.

**Resultados:**

Se incluyó en el estudio a 82 pacientes (69,5% fumadores y 30,5% exfumadores), con un 51,22% varones y una edad media de  $\pm 57,43$  años. El 23,19% de pacientes presentaron cociente FEV1/FEV6 menor a 0,75 con el Vitalograph-COPD6; a éstos se les realizó espirometría, y se confirmó en un 89,5% casos patrón obstructivo tras la prueba.

**Conclusiones:**

En nuestro estudio, a raíz de los hallazgos obtenidos, podemos decir que el medidor portátil Vitalograph-COPD6 (tomando como cociente FEV1/FEV6  $< 0,75$ ) ofrece una excelente correlación con el cociente FEV1/FVC y es útil para el cribado de EPOC. Por tanto, este dispositivo podría ayudar a reducir el infradiagnóstico y a mejorar el manejo clínico de dicha patología.

**244/45.****CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA ÉPOCA ESTIVAL****Autores:**

<sup>(1)</sup>Turégano Yedro, M.; <sup>(2)</sup>Jiménez Baena, E.; <sup>(3)</sup>Cambero Cortés, V.; <sup>(4)</sup>Blázquez Recio, L.; <sup>(5)</sup>López Suárez, J.; <sup>(6)</sup>Muñoz Olmo, L.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Jorge, Cáceres.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 3º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Antonio. Cáceres.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Jorge. Cáceres.; <sup>(5)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Olivar de Quinto. Dos Hermanas, Sevilla.; <sup>(6)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

**Objetivos:**

Cuantificar el grado de cumplimiento terapéutico en los meses de verano de tratamientos broncodilatadores pautados a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Metodología:**

Se registraron variables como el fenotipo del paciente según la Guía Española de la EPOC (GesEPOC), el grado de cumplimiento terapéutico global (mediante el cuestionario de Morisky-Green) y el cumplimiento estratificado en fenotipos.

**Resultados:**

Se incluyó en el estudio a 185 pacientes (76,2% varones) con una edad media de  $66,44 \pm 11,83$  años.

Se clasificó a los pacientes según fenotipo, siendo el fenotipo no agudizador el más prevalente (70,8%) frente a otros como el agudizador con bronquitis crónica, agudizador con enfisema o fenotipo mixto asma-EPOC.

Respecto al cumplimiento, apreciamos que en los 3 meses de verano el cumplimiento global es tan solo de un 37,8%, existiendo menor porcentaje de adherencia terapéutica en el caso del fenotipo no agudizador (24,4%) y en el fenotipo mixto (38,9%) que en los fenotipos agudizadores, cuyo cumplimiento fue mayor.

**Conclusiones:**

Los resultados de nuestro estudio muestran que existe un importante porcentaje de incumplimiento terapéutico de los tratamientos broncodilatadores en la época estival. El mayor porcentaje de incumplimiento se encuentra en el grupo de los no agudizadores, lo cual podría guardar relación con un mayor riesgo de exacerbaciones posteriores. Por tanto, es fundamental incentivar la adecuada adherencia terapéutica a tratamientos broncodilatadores desde Atención Primaria.

**244/52.****OPORTUNIDADES DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL****Autores:**

<sup>(1)</sup>Bellido Moyano, C.; <sup>(2)</sup>González Rodríguez, E.; <sup>(3)</sup>Rodríguez Guerrero, E.; <sup>(4)</sup>López Macías, I.; <sup>(5)</sup>Álvarez Limpo, A.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Lucena I (Córdoba); <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Lucena I. Córdoba Sur. Córdoba.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Lucena I. Córdoba Sur. Córdoba.; <sup>(4)</sup>; <sup>(5)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Lucena I. Córdoba Sur. Córdoba.

**Objetivos:**

Determinar la prevalencia de vacunación antineumocócica (VNP-23 y VNC-13) en nuestra muestra poblacional. Determinar la prevalencia de vacunación con VNP-23 según las recomendaciones del SAS. Analizar diferencias de prevalencia entre sexo.

**Metodología:**

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Muestra: 410 pacientes mayores de 14 años (IC 95%, precisión 3%) y recogida de la base de datos DIRAYA como vacunados frente a la campaña antigripal 2016-2017. Análisis estadístico bivariado (cualitativas con ji-cuadrado y cuantitativas con t-student). Programa estadístico G-stat 2.0. Proyecto sujeto a los preceptos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki. Los datos serán anónimos y de acuerdo con el RD 1720/2007.

**Resultados:**

La edad media de los pacientes es 69,81 años, con desviación típica de 15,65 (IC 95%: 68,29-71,33). Se forma de 261 mujeres y 149 hombres. De todos ellos, son 381 (92,93%; IC 95%:

90,00-95,21) los subsidiarios de la vacunación antigripal, siendo 81 los vacunados con VNP-23, 4 con VNC-13, y 2 con ambas. Se han detectado un total de 324 pacientes con criterios de riesgo a los que se les debería haber proporcionado la vacuna (273 al ser mayores de 65 años, y 52 sujetos inmunodeprimidos con Diabetes Mellitus, enfermedad pulmonar crónica o cardiovascular).

**Conclusiones:**

Durante la campaña de vacunación antigripal, son numerosas las personas atendidas con factores de riesgo para desarrollar complicaciones secundarias a la infección gripal y neumocócica. Por ello, se convierte en una oportunidad, la posibilidad de captar, informar y vacunar contra el neumococo.

**244/61.****¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE GRAVEDAD DE LOS PACIENTES CON EPOC MEDIDOS POR FEV1 Y LOS NIVELES DE VITAMINA D EN LA RIOJA?****Autores:**

<sup>(1)</sup>Daccach Navarro, M.; <sup>(2)</sup>Flores Morán, J.; <sup>(3)</sup>Gómez Sáenz, J.; <sup>(4)</sup>Vargas Vallés, L.; <sup>(5)</sup>Martínez Zabala, M.; <sup>(6)</sup>González Aguilera, J.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 3er año, Centro de salud Cascajos, Logroño (La Rioja).; <sup>(2)</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 3er año, Centro de salud Joaquín Elizalde, Logroño (La Rioja).; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. de Nájera. La Rioja.; <sup>(4)</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 2º año, Centro de salud Joaquín Elizalde, Logroño (La Rioja).

**Objetivos:**

Describir si existe relación entre los niveles de vitamina D en pacientes con EPOC y su presentación clínica. Específicos: 1.-Comparar los niveles de vitamina D en los pacientes con EPOC, tanto en invierno como en verano. 2.-Conocer si los niveles de vitamina D están relacionados con la gravedad de la enfermedad. 3.-Conocer si existe relación entre los niveles de vitamina D y el número de exacerbaciones que presentan los pacientes con EPOC.

**Metodología:**

Estudio observacional, descriptivo en pacientes con diagnóstico confirmado de EPOC de los centros de salud de La Rioja acreditados para la docencia con al menos 6 meses de diagnóstico. Se asumió una población de referencia de 1.884 pacientes, para una prevalencia esperada de déficit de vitamina D del 60%, con un nivel de confianza de 95% y precisión del 5%. Muestra de 320 pacientes. La asignación muestral será proporcional al número de pacientes que cumplan los criterios de inclusión en cada centro y aleatoria hasta completar la muestra. Se realizará en 2 fases: medición de vitamina D en verano de 2017 e invierno de 2018. Para el análisis estadístico las variables cualitativas se van a expresar con números absolutos y porcentajes. Las cuantitativas mediante la media y desviación estándar. La comparación del déficit de vitamina D en invierno frente a verano se hará una comparación de proporciones para medidas repetidas (Chi2 de Mc Nemar). Para evaluar la relación entre FEV1 y vitamina D se hará un doble análisis, considerando ambas categóricas con Chi2 y considerando ambas continuas, mediante análisis de correlación y regresión lineal. Los cálculos se harán con ayuda del programa R-Commander.

## COMUNICACIONES PÓSTER

244/28.

## CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN EPOC

**Autores:**<sup>(1)</sup>Lamas Baños, Á.; <sup>(2)</sup>Otero González, R.; <sup>(3)</sup>Friande Pereira, S.; <sup>(4)</sup>Chapela Villa, C.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.**Objetivos:**

Evaluar el nivel de conocimiento de la enfermedad y el estado de la vacunación antigripal en EPOC en 2016.

**Metodología:**

Los datos se recogen a través de historia clínica electrónica y entrevista tras concertar cita para cumplimentar cuestionario EPOC-Q.

Variables: Edad, sexo, nivel de estudios, nivel asistencial donde fue diagnosticada la enfermedad, año del diagnóstico, nivel de conocimiento de la enfermedad y vacunación antigripal. Análisis estadístico, realizado con programa SPSS-PC, para Windows, versión 20.0.

**Resultados:**Los pacientes tienen una edad media de 70 años, rango 47-86, siendo 43 varones (82,7%) y 9 mujeres (17,3%), cuyos estudios son primarios 78,8%, secundarios 13,5% y superiores 7,7%. El 69,2% fue diagnosticado en Atención Primaria. Diagnóstico: 9,6% en los últimos 12 meses, 19,2% entre los últimos 12 y 24 meses y 71,2% hace más de 24 meses. El conocimiento de la enfermedad es adecuado en el 84,6% de los pacientes y están vacunados el 82,7%. No existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de la enfermedad en relación con el sexo del paciente, el nivel de estudios y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El sexo del paciente y el nivel de estudios interfiere en la vacunación antigripal ( $p < 0,05$ ).**Conclusiones:**

Conocer el nivel de conocimiento de la enfermedad permitirá incluir al paciente en programas formativos encaminados a enseñar las habilidades necesarias en el manejo de la enfermedad.

244/30.

## CRISIS ASMÁTICA

**Autores:**<sup>(1)</sup>Loureiro Faro, A.; <sup>(2)</sup>Calheiros Cruz Vidigal, T.; <sup>(3)</sup>Fernández-Cervera Fernández-Herrerín, M.;<sup>(4)</sup>Parada Jorgal, J.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.**Objetivos:**

Evaluar las crisis asmáticas en pacientes diagnosticados de asma durante un año.

**Metodología:**

Variables: Edad, sexo, control de enfermedad, nivel asistencial de atención, nivel de gravedad, pruebas complementarias, evolución y tratamiento administrado.

Análisis estadístico realizado con programa SPSS-PC para Windows, versión 20.0

**Resultados:**

De los 53 pacientes, 16 sufrieron crisis asmática, su edad media es de 49 años (8 mujeres y 8 varones). El control de la enfermedad es de 62,5% buen control, 6,25% control parcial y 31,25% mal control. El nivel de gravedad de las crisis fue 50% leve, 43,8% moderada y 6,3% grave. Nivel asistencial 68% centro de salud, 12,5% PAC y 18,8% urgencias hospitalarias, donde se realizó: bioquímica y hemograma (18,8%), coagulación, gasometría arterial y electrocardiograma (12,5%) y radiografía de tórax (20%). El 23,1% tiene peakflow. Salvo un paciente que ingresó, todos evolucionaron favorablemente en menos de 8 horas. El tratamiento recibido durante la crisis es: Oxígeno terapia 26,7%, SAMA 68,8%, SABA 100%, corticoides inhalados 31,3%, corticoides sistémicos 31,3%, antibiótico 6,7%. El tratamiento añadido al alta fue: Corticoides sistémicos 33% y corticoides sistémicos + antibiótico 46,7%.

**Conclusiones:**

Si revisamos las guías para el manejo del asma observamos que, nuestros resultados distan de las recomendaciones en cuanto a la evaluación de las crisis y al tratamiento.

244/43.

## CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN ASMA

**Autores:**<sup>(1)</sup>Parada Jorgal, J.; <sup>(2)</sup>Calheiros Cruz Vidigal, T.; <sup>(3)</sup>Galindo Montero, R.; <sup>(4)</sup>Loureiro Faro, A.; <sup>(5)</sup>Fernández-Cervera Fernández-Herrerín, M.**Centro de Trabajo:**<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.**Objetivos:**

Evaluar el nivel de conocimiento de la enfermedad y el estado de vacunación antigripal en asma en 2016.

**Metodología:**

Los datos se recogen a través de historia clínica electrónica y entrevista tras concertar cita donde cumplimentan cuestionario Batalla modificado.

Variables: Edad, sexo, nivel de estudios, nivel asistencial donde se ha diagnosticado la enfermedad, año del diagnóstico, nivel de conocimiento de la enfermedad y vacunación antigripal.

**Resultados:**Los pacientes tienen una edad media de 48 años, rango 18-84, siendo 24 varones (45,3%) y 29 mujeres (54,7%), cuyos estudios son primarios 58,2%, secundarios 24,5% y superiores 22,6%. El 60,4% se diagnosticaron en Atención Primaria. Diagnóstico: 5,7% en los últimos 12 meses, 3,8% entre los últimos 12 y 24 meses y 90,6% hace más de 24 meses. El conocimiento de la enfermedad es adecuado en el 67,9% de los pacientes y están vacunados el 45,3%. El nivel asistencial donde se diagnosticaron así como, el período transcurrido desde el diagnóstico interfiere en el conocimiento de la enfermedad y el nivel de estudios influyen en el grado de vacunación antigripal ( $p < 0,05$ ).**Conclusiones:**

Conocer el nivel de conocimiento de la enfermedad permitirá diseñar un programa individualizado para empoderar al paciente en el manejo de la enfermedad.

## CASOS CLÍNICOS PÓSTER

244/13.

## Piensa mal y acertarás...

## Autores:

<sup>(1)</sup>Cabanelas Pousa, Paula; <sup>(2)</sup>Valiño Ferraces, Noa.

## Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Conxo. Santiago de Compostela.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Concepción Arenal. Santiago de Compostela.

## Descripción del caso:

Varón de 86 años que hace vida cama-sillón. Antecedentes de EPOC severo con O2 domiciliario. Prótesis de cadera bilateral. Ex-fumador de 25 cigarrillos diarios. Tratamiento habitual con broncodilatadores, corticoides inhalados e IBPs. Acude a su Médico de Atención Primaria de manera urgente por aumento de su disnea habitual desde esa mañana, además, desde hace 2 días presenta edemas en miembros inferiores. También tiene tos con expectoración blanquecina. No fiebre ni otra clínica. Su médico realiza una exhaustiva exploración física, y decide derivar al Hospital con sospecha de TVP y posible TEP.

## Exploración y pruebas complementarias:

Aceptable estado general. Taquipneico. TA 96/58. FC 90 lpm. Tª 36.3°C. SatO2 77%. COC. NHNC. No IVY. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos. Disminución del MV en hemitórax izquierdo. Edemas hasta tercio medio de ambas piernas. MII aumentando de diámetro. Pulsos presentes y simétricos. Homans negativo. ECG: RS 90 lpm. BRDHH.

## En el hospital:

Gasometría arterial basal: pH 7.45, pCO2 50.8, pO2 34.2, HCO3 34.8, SatO2 66%, lactato 1.04, glucosa 83.

AS: Dímero D 4412 ng/mL.

Radiografía de tórax: Cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. Probable descompensación cardiaca.

Eco Doppler: TVP reciente femoral común izquierda. Trombo antiguo en femoral común derecha, superficial y poplítea izquierda.

Angio TC: Masa mediastínica con extensión a esófago. Atelectasia de pulmón I. TEP agudo y crónico en arterias pulmonares izquierdas. Hipertensión pulmonar.

## Juicio clínico:

Masa mediastínica no filiada. TEP agudo y crónico. Hipertensión pulmonar. EPOC reagudizada. Insuficiencia respiratoria global.

## Diagnóstico diferencial:

Masa mediastínica a estudio. Según localización incluye diversos diagnósticos diferenciales y de naturaleza muy diversa:

- En mediastino anterior: Bocio retroesternal, linfoma, timoma, carcinoma tímico, quiste tímico, lipoma, tumores de células germinales, hernia diafrágica.
- En mediastino medio: Linfoma, adenomegalias, quiste pericárdico, quiste gastrointestinal, quiste bronquial.
- En mediastino posterior: Tumores neurogénicos, linfoma, neoplasia esofágica, divertículo esofágico, tumor de células germinales o hernia de diafragma.

## Comentario final:

Nuestro paciente es ingresado en el Servicio de Neumología para tratamiento con heparina sódica 120/24 horas, oxigenoterapia y nebulizaciones. Tras su ingreso evoluciona de manera favorable pero, de acuerdo con su familia y dada su comorbilidad y vida previa, se decide no incidir en el estudio de la masa mediastínica encontrada accidentalmente.

Con este caso podemos ver la importancia de una derivación hospitalaria desde AP tras realizar una correcta anamnesis, con una exhaustiva exploración física y tras encontrar un signo clínico de sospecha. Este paciente que "solamente" acudía por aumento de su disnea y edemas en MMII, que fue derivado con una sospecha que luego fue confirmada, resultó tener varias patologías que conllevan gravedad y mal pronóstico.

## Bibliografía:

- *A Diagnostic Approach to Mediastinal Abnormalities*. Camilla R. Whitten, Sameer Khan, Graham J. Munneke, and Sisa Grubnic. *RadioGraphics* 2007; 27:3, 657-671.
- *Fisterra.com, Atención Primaria en la Red*[Sede web]. A Coruña: *Fisterra.com/guías-clínicas/tromboembolismo pulmonar*[acceso 15 enero 2017; actualizado 20 diciembre 2012]

244/16.

## Dolor torácico irradiado a abdomen

## Autores:

<sup>(1)</sup>Chapela Villa, Carlos; <sup>(2)</sup>Otero González, Ruth; <sup>(3)</sup>Lamas Baños, Álvaro; <sup>(4)</sup>Friande Pereira, Susana.

## Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

## Descripción del caso:

Varón de 39 años que acude al centro de salud por dolor pleurítico en hemitórax derecho de 2 días de evolución que comenzó de forma brusca y en las últimas horas irradia a abdomen. El dolor empeora con la sedestación y con la tos. No ha mantenido reposo prolongado en los días previos. No fiebre ni expectoración. No traumatismo torácico previo. No disnea ni ortopnea ni palpaciones. No antecedentes personales. No hábitos tóxicos.

## Exploración y pruebas complementarias:

## Exploración:

Buen estado general, normohidratado y normocoloreado.

Tensión Arterial: 108/62 Frecuencia Cardiaca: 52 Temperatura: 35,7 Frecuencia Respiratoria: 15 Auscultación Cardiopulmonar: rítmico, no soplos ni rones. Disminución de murmullo vesicular en todo hemitórax derecho.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. No soplos. PuñoperCUSión negativa bilateral

Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis. Pulsos pedios presentes.

Ante estos hallazgos se deriva al hospital de referencia donde realizan las siguientes pruebas complementarias:

Bioquímica normal

Hemograma normal

Coagulación normal

EKG: Ritmo sinusal sin alteración de conducción ni repolarización.

Radiografía de tórax: Neumotórax derecho

## Juicio clínico:

Neumotórax espontáneo derecho

## Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial de dolor torácico pleurítico debe establecerse con:

- Neumomediastino
- Pleurodinia y pleuritis
- Tromboembolia pulmonar
- Hipertensión pulmonar grave
- Neumonía
- Traqueobronquitis

## Comentario final:

En general, el neumotórax espontáneo primario en sujetos jóvenes y sanos es bien tolerado, con mínimos cambios en los signos vitales.

Es una urgencia médica que necesita ingreso hospitalario para ver evolución y drenaje con tubo pleural en función del volumen del neumotórax.

## Bibliografía:

- Jansenn J, Cardillo G. *Primary spontaneous pneumothorax: towards outpatient treatment and abandoning chest tube drainage*. *Respiration* 2011;82:201-3.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 5th ed. Elsevier 2015;273-76.

244/17.

## Del dolor lumbar a la radiografía de tórax

## Autores:

<sup>(1)</sup>Fernández-Cervera Fernández-Herrerín, María Gabriela; <sup>(2)</sup>Parada Jorgal, José Ramon; <sup>(3)</sup>Loureiro Faro, Alexandre M.; <sup>(4)</sup>Calheiros Cruz Vidigal, Teresa.

## Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

## Descripción del caso:

Varón de 42 años que acude en los últimos 3 meses en varias ocasiones al centro de salud y a urgencias del hospital por dolor en área lumbosacra que irradia a cadera derecha, que se hace progresivamente más intenso hasta limitar la marcha. Se envía a la consulta de Traumatología y, dada la limitación funcional, éste solicita resonancia magnética lumbosacra urgente, que se realiza a las 48 horas.

La resonancia magnética muestra lesión focal en la hemipelvis derecha (engloba acetábulo, isquion y pubis) de 12 centímetros de diámetro con ruptura amplia de la cortical posterior, infiltración de glúteo menor y edema muscular significativo de la musculatura glútea adyacente. Ante este hallazgo, el médico de familia deriva al paciente a urgencias para ingreso y completar estudio.

Redirigiendo la anamnesis, el paciente refiere, además del dolor lumbar de intensidad progresiva y limitación funcional, pérdida de apetito y pérdida de 5 kg de peso en los últimos 3 meses. No tos ni expectoración. No disnea ni dolor torácico. No dolor abdominal. No cambios en el hábito intestinal ni síndrome miccional.

Como antecedentes destacan:

- Fumador 30 paquetes/año
- Consumidor de heroína fumada hasta hace 3 meses.

Tratamiento actual:

Metadona, omeprazol, paracetamol, tramadol.

## Exploración y pruebas complementarias:

Consciente, orientado, colaborador. Afectado por el dolor. Afebril.

Tensión arterial: 106/74 Frecuencia Cardiaca: 68 Saturación oxígeno basal: 98%.

No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares palpables.

Auscultación cardiopulmonar: rítmico, no soplos, murmullo vesicular conservado.

Abdomen: dificultosa porque no tolera el decúbito. Globuloso, no se puede valorar masas o megalias. Ruidos conservados.

Miembros inferiores: edemas en ambos maléolos, sin datos de trombosis venosa.

Pruebas complementarias:

Bioquímica con ionograma y función renal normal

Hemograma: leucocitos 17510 (neutrófilos 84%), hemoglobina 13,4, resto normal

Coagulación normal

Sedimento orina normal.

Radiografía de tórax: masa parahiliar izquierda

TAC de tórax: Masa en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo de 5 cm, en contacto con cisura mayor y que se asocia a mínimo derrame-endrosamiento pleural. Adenopatías paratraqueales izquierdas-subaórticas, paratraqueales derechas, subcarinales e hiliares bilaterales. Ante estos hallazgos ingresa en Servicio de Neumología para estudio

## Juicio clínico:

Lesión ósea en hemipelvis derecha, que asocia masa de partes blandas, de origen metastásico.

Carcinoma de pulmón Lóbulo inferior izquierdo.

## Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial de dolor lumbar agudo es:

- Lumbalgia aguda mecánica

a) Dolor lumbar de causa OMINOSA (osteomielitis, enfermedad ósea metabólica, columna inestable, otras afecciones del canal medular, espondilolistesis, absceso)

- b) Dolor lumbar radicular (síndrome de cola de caballo, síndrome discal)  
 c) Dolor lumbar mecánico simple (lumbalgia de esfuerzo, hernia discal, espondilosis)  
 - Lumbalgia aguda no mecánica  
 a) Aneurisma aórtica  
 b) Enfermedades ginecológicas, pancreáticas, urológicas o digestivas.  
 c) Enfermedad metastásica.

**Comentario final:**

El dolor lumbar es la segunda causa de consulta en Atención Primaria. El médico de familia desempeña una función básica en la asistencia de estos pacientes, pues una evaluación detallada y una correcta exploración son de gran importancia para la detección precoz de las causas inusuales de lumbalgia aguda secundaria a procesos graves. Para ello, hay que fijarse en la presencia de síntomas de alarma (red flags) que pueden indicarnos la existencia de tumor, infección y fractura.

**Bibliografía:**

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5th ed. Elsevier 2015; 582-87

**244/18.****Dolor referido de origen pulmonar****Autores:**

<sup>(1)</sup>Galindo Montero, Rocío; <sup>(2)</sup>Corral Zas, Mónica.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.; <sup>(2)</sup> Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Matamá, Vigo.

**Descripción del caso:**

Varón de 76 años con los siguientes antecedentes:  
 - ex-fumador desde hace 10 años de 45 paquetes/año.  
 - EPOC.  
 - arteriopatía periférica.

Tratamiento domiciliario: pentoxifilina, salmeterol/fluticasona.

Desde hace 2 meses ha consultado en varias ocasiones a su médico de familia por dolor en hombro izquierdo que, en ocasiones, irradia a miembro superior izquierdo y se acompaña de parestias a dicho nivel. El dolor no mejora a pesar de mantener reposo y tratamiento analgésico.

Se realiza radiografía de hombro izquierdo que presenta signos radiológicos de artrosis glenohumeral.

A los 2 meses de iniciar los síntomas comienza con un cuadro constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso).

Ante la presencia de la nueva sintomatología se realiza pruebas complementarias para estudio etiológico.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Aceptable estado general. Eupneico. Normohidratado y normocoleorado.

Auscultación cardiovascular: rítmico, no soplos ni rones.

Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos presentes.

Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis, pulsos pedios presentes.

Hombro izquierdo: No deformidad ni signos de inflamación. Movilidad activa y pasiva normal, no limitada por dolor. Fuerza, tono y sensibilidad de miembro superior izquierdo conservada.

Pruebas complementarias:

Bioquímica normal

Hemograma normal

coagulación normal

Pruebas reumáticas normales. VSG:55

Radiografía de tórax: Masa torácica en vértice pulmonar izquierdo sin afectación ósea subyacente.

Ante estos hallazgos, se envía al Servicio de Neumología según el Protocolo de Diagnóstico Rápido de Cáncer de Pulmón (vía rápida de diagnóstico desde AP a Neumología). Desde Neumología se realizan las siguientes pruebas diagnósticas para completar el estudio.

TC torácico: Masa heterogénea con áreas hipodensas, en probable relación con necrosis, en lóbulo superior izquierda. Presenta amplio contacto con la pared torácica, con la cisura y se introduce en el mediastino. La masa engloba y estenosa la arteria pulmonar principal izquierda. Broncoscopia: Lesión exocítica, blanquecina, a la entrada del bronquio del culmen, estenotomando por completo todos los segmentarios.

Anatomía patológica de biopsia bronquial: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

**Juicio clínico:**

Carcinoma epidermoide de lóbulo superior izquierdo, tumor de Pancoast.

**Diagnóstico diferencial:**

El diagnóstico diferencial de dolor de hombro incluye:

- Patología periarticular
- Patología glenohumeral
- Patología regional ( cervicobraquialgia, neuritis braquial, neuropatía por atrapamiento, artritis esternoclavicular, distrofia simpática refleja, patología pleural o hepatoiliar, infarto de miocardio, neoplasias primarias o metastásicas)

**Comentario final:**

El tumor de Pancoast es una forma de presentación del carcinoma de pulmón. Como consecuencia de sus manifestaciones, clínica y radiológica, hace que frecuentemente no se diagnostique de forma correcta, remitiendo a estos pacientes a las consultas de patología osteomuscular (traumatología, reumatología), lo que retrasa innecesariamente el diagnóstico y el tratamiento.

**Bibliografía:**

Campo Matías F, González Peláez JL, Martín Santos JM. Hombro doloroso y tumor de Pancoast. *Medifam* 2001;11:346-49.

**244/31.****Cuando las pruebas complementarias sí son necesarias.****Autores:**

<sup>(1)</sup>González Vázquez, Ana; <sup>(2)</sup>Rois Donsión, Laura; <sup>(3)</sup>García de Castro, Alain; <sup>(4)</sup>Rodríguez López, Antía.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ventorrillo. A Coruña.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Elviña. A Coruña.; <sup>(3)</sup> Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San José. A Coruña.

**Descripción del caso:**

Mujer de 56 años que acude a la consulta por disnea de moderados esfuerzos acompañada de tos no productiva y pérdida de fuerza en MSD y MID (miembro superior e inferior derecho) de dos meses de evolución, relacionándola con situación de ansiedad en contexto de pérdida familiar reciente. Se pauta bromacepam y se cita de nuevo para valorar la respuesta. Acude de nuevo refiriendo empeoramiento clínico. Como antecedentes personales, la paciente es fumadora de 36 paquetes/año, padece psoriasis pustulosa palmo-plantar y ungueal y fue valorada en Cardiología por palpitations hace 5 años con pruebas complementarias sin alteraciones. En la anamnesis, la paciente niega dolor torácico, palpitations, ortopnea y disnea paroxística nocturna, aunque sí refiere edemas en MMII (miembros inferiores). No presentó fiebre ni clínica infecciosa reciente. Tampoco traumatismos craneoencefálicos previos. Ni la paciente ni su marido percibieron cambios significativos en el comportamiento aunque insiste en la sensación de nerviosismo. Niega otra clínica neurológica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Exploración: TA 124/64, FC 42lpm, T° 36,1°, SatO2 basal 98%. Eupneica en reposo. Auscultación cardíaca: rítmica, no se auscultan soplos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en campo inferior de hemitórax derecho. Abdomen: sin alteraciones. MMII: leve edema perimaleolar, no signos de TVP. Pérdida de fuerza 3-4/5 en MSD y MID. Resto de la exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: analítica VSG de 35 mm. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal y EV aisladas. Rx tórax: masa de 9cm en el segmento superior del lóbulo inferior derecho.

**Juicio clínico:**

Masa pulmonar en LID. A descartar metástasis intracraneal de neoplasia pulmonar como primera posibilidad.

**Diagnóstico diferencial:**

Trastorno de ansiedad / Insuficiencia cardíaca/ Neoplasia / Lesiones ocupantes de espacio intracraneal /Accidente cerebrovascular

**Comentario final:**

Ante los hallazgos de las pruebas complementarias, se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias para completar estudio. Se realiza TAC cerebral donde se visualiza masa de 17x18mm de localización frontal izquierda asociada a moderado edema. Se decide ingreso en Medicina Interna donde se confirma mediante fibrobroncoscopia adenocarcinoma pulmonar realizándose posteriormente tratamiento radioterápico de LOE intracraneal y extirpación de la masa pulmonar. Como conclusión, incidir en la importancia del seguimiento clínico que nos permite la Atención Primaria, que junto a una anamnesis completa y la accesibilidad a pruebas complementarias básicas nos permite orientar el diagnóstico y realizar una correcta derivación de los pacientes a los servicios hospitalarios.

**Bibliografía:**

David E Midthun, MD. Overview os the risk factors, pathology anda clinical manifestations of lung cáncer [Internet] UpToDate Feb 03, 2017

**244/32.****Conoce a tu paciente y tendrás tu diagnóstico.****Autores:**

<sup>(1)</sup>Rois Donsión, Laura; <sup>(2)</sup>García de Castro, Alain; <sup>(3)</sup>González Vázquez, Ana; <sup>(4)</sup>Rodríguez López, Antía.

**Centro de Trabajo:**

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S de Elviña. A Coruña.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ventorrillo. A Coruña.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San José. A Coruña.

**Descripción del caso:**

Mujer de 80 años que consulta por sudoración profusa y glucemia capilar de 294 desde hace una hora. Como antecedentes personales presenta: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II a tratamiento insulínico, Artritis Reumatoide a tratamiento con metotrexato y prednisona y está en estudio por dolor torácico sugestivo de angina inestable, por el que cardiología inicia Uniket (mononitrato de isosorbida) y solicita Eco-cardiograma de ejercicio. Se le administra insulina rápida con posterior control domiciliario. Horas más tarde vuelve a consultar por pérdida de conocimiento estando sentada, con previa sensación de mareo y palidez cutánea, sin movimientos tónico-clónicos ni pérdida de control de esfínteres, con recuperación posterior lenta con lenguaje escaso, siendo llevada de nuevo al centro de salud, donde se constata febrícula de 37,4°C, tensión de 104/58 y glucemia capilar de 183. Se aconseja suspender paulatinamente Uniket y prednisona. Al día siguiente se acude a domicilio tras llamada por vómito y fiebre, persistiendo hipotensión de 100/50, por lo que se decide remitir a Urgencias para completar estudio. Una vez allí su familiar refiere que la paciente presentaba clínica de tos con expectoración amarillenta los días previos y continuaba con el dolor torácico anteriormente descrito.

**Exploración y pruebas complementarias:**

Exploración: TA 103/56, FC 78lpm, T° 38,6°, SatO2 basal 95%. Eupneica en reposo. Auscultación cardíaca rítmica, no se auscultan soplos. Auscultación pulmonar con crepitanes en base derecha. Abdomen sin alteraciones. Miembros inferiores sin signos de TVP Exploración neurológica sin alteraciones

Pruebas complementarias: Glucemia capilar 121 ECG: ritmo sinusal a 78 lpm con bloqueo de rama derecha incompleto. Gasometría venosa pH 7,49, pCO2: 38 y HCO3 29. Se toma

muestra de frotis nasofaríngeo. Se deriva a la paciente a Urgencias, donde es valorada por Medicina Interna que objetiva en las pruebas solicitadas Dímeros D >10.000, marcadores de sepsis negativos y resto sin alteraciones; hemo-urocultivos negativos; frotis nasal positivo para Influenza A H3; radiografía de tórax, angioTAC sin alteraciones

#### Juicio clínico:

Gripe A. Descompensación hiperglucémica. Síncope probablemente asociado a hipotensión en relación a introducción de unikeit y/o a proceso infeccioso

#### Diagnóstico diferencial:

TEP / Infección respiratoria con probable sepsis secundaria / Descompensación hiperglucémica / Síncope cardiogénico

#### Comentario final:

La infección respiratoria en el paciente anciano con comorbilidad asociada plantea un diagnóstico diferencial complejo entre sus múltiples patologías y una presentación atípica de una clínica infecciosa. En estos casos el médico de familia dispone de una herramienta de gran ayuda, la posibilidad de llevar a cabo un seguimiento activo del paciente para realizar una rápida toma de decisiones ante cambios en la evolución clínica.

#### Bibliografía:

Barrio Manuel Castro, Ruiz Mercedes Portillo; Gordillo, Nuria Martínez Abordaje de la infección respiratoria baja en ancianos Formación médica continuada en atención primaria, October 2013, Vol.20(8)

## 244/34.

### Cáncer de pulmón en exfumadora

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Cestero Venegas, Carlos; <sup>(2)</sup>Flores Rivera, Cristina; <sup>(3)</sup>Chico Nieto-Sandoval, Patricia; <sup>(4)</sup>Barranca Escobar, Mario; <sup>(5)</sup>Esteban Rojas, María Beatriz; <sup>(6)</sup>Leal Correa, Bartolomé.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Interno Residente de 4º año de Medicina de Familia. C.S. San Roque. Badajoz.; <sup>(2)</sup>Médico Interno Residente de 3º año de Medicina de Familia. C.S. San Roque. Badajoz.; <sup>(3)</sup>Médico Interno Residente de 2º año de Medicina de Familia. C.S. San Roque. Badajoz.; <sup>(4)</sup>Médico Interno Residente de 1º año de Medicina de Familia. C.S. San Roque. Badajoz.; <sup>(5)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. San Roque. Badajoz.

#### Descripción del caso:

Mujer de 65 años de edad, sin alergias conocidas, exfumadora desde hace 9 años, cirugía de fijación vertebral L3-L4-L5 y hemiorrafia inguinal izquierda, que acude a urgencias refiriendo sensación disneica ante pequeños esfuerzos de tres meses de evolución. Inicialmente fue diagnosticada de neumonía: no ha presentado fiebre, ni tos ni expectoración.

En estos tres meses, la sintomatología ha ido progresando. Actualmente aqueja dolores en ambos MMII y también a nivel dorsal bilateral, continuo, que no mejora con analgésicos. Comenta pérdida de hasta 8-9 Kg de peso. Su médico de familia ha solicitado TAC de tórax, en el que se aprecia masa hilar de 7x6x7cm, motivo por el cual decide derivarla para valoración hospitalaria.

#### Exploración y pruebas complementarias:

A la exploración general destaca cierta palidez cutáneo mucosa, TA 160/80 mm HG; FC 130 Lpm; SatO2 96%. A la auscultación pulmonar destaca una hipofonosis global izquierda. Resto anodina.

- Hemograma: Hb 10.3 g/dL; Hcto 30.7%; VCM 106.2 fL; HCMH 35.7 pg; Linf 1000/mL; resto normal.  
- Coagulación: INR 1.36; Fibr. 1128 mg/dL; resto normal.  
- Gasometría arterial: 7.497/37.5/70.8/28.8/5.5/95.7%

- Bioquímica: Glu 122 mg/dL; Ur 59 mg/dL; Alb 2.8 g/dL; Na 133 mmol/L; K 3.4 mmol/L; LDH 1608 U/L; CPK 296 U/L; GOT 105 U/L; resto normal.

- Rx de Tórax: pérdida de volumen en hemitórax izquierdo con retracción mediastínica y aumento de densidad en región parahiliar.

- ECG: Ritmo sinusal a unos 105 Lpm, BIRDHH, sin alteraciones agudas de repolarización.

- TC tórax (9/1/2017): Masa hilar izquierda, que ha aumentado de tamaño con respecto al estudio previo del 16/12/2016, de bordes irregulares y 9 x 10 cm de diámetros máximos, que estenosa las venas pulmonares izquierdas y contacta con el margen cardiaco izquierdo, esófago y aorta. Invade la arteria pulmonar principal ipsilateral y estenosa el bronquio principal izquierdo con atelectasia completa del LII. Engrosamiento septal intra e interlobulillar con opacidades en vidrio deslustrado en el LSI, sugestivo de linfangitis carcinomatosa como primera posibilidad. Pequeño derrame pleural izquierdo.

-Espirometría forzada: FVC 1.35 (64%)/ FEV1 890/ FEV1/FVC 66.24. Patrón mixto de predominio obstructivo.

-Broncoscopia: masa que ocluye parcialmente bronquiopulmonar izquierdo.

-PET-TC: captación a nivel pulmonar. No datos de metástasis.

#### Juicio clínico:

Ca pulmón

#### Diagnóstico diferencial:

Neumonía de la comunidad, sarcoidosis, pneumoconiosis.

#### Comentario final:

El cáncer de pulmón, pese a ser el segundo tumor más frecuente, es la primera causa de muerte por tumores malignos, ya que la supervivencia a los 5 años apenas alcanza el 12-15%. Presenta su máxima incidencia entre los 55 y los 65 años y pese a que antiguamente se ha relacionado con varón y fumador, en las últimas décadas estamos encontrando un aumento de la incidencia en mujeres, ya sean fumadoras o exfumadoras. Lamentablemente no soportó la quimioterapia y falleció.

#### Bibliografía:

1.- Agustín García-Navarro C, Rosell Costa R, Felip Font E. Tumores broncopulmonares. En: Ferreras-Rozman Medicina Interna, 16ª ed. Ausina Ruiz V, Carmena Rodríguez R, Carreres Molas A, et al. (eds.). Barcelona. Elsevier España, 2008; 785-797  
2.- Minna JD, Schiller JH. Neoplasias del pulmón. En: Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª ed. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, (eds.). Barcelona. McGraw-Hill España, 2010; 551-562

## 244/46.

### ¿Si persisten los síntomas, investigad los buenos resultados!

#### Autores:

<sup>(1)</sup>García Varela, Noemí; <sup>(2)</sup>González González, Laura; <sup>(3)</sup>Sánchez Corredoira, Ana; <sup>(4)</sup>Gómez Fernández, Ana.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Vite. Santiago de Compostela.; <sup>(2)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Villa García de Arousa. Pontevedra.; <sup>(3)</sup>Médico de Familia y Comunitario. C.S. Noia. Santiago de Compostela.

#### Descripción del caso:

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 54 años, bebedor social, fumador de 50 cig/día desde hace 30 años, trabaja en una explotación ganadera.

ENFERMEDAD ACTUAL

Hace 5 meses sufrió un proceso catarral y desde entonces presenta disnea que ha aumentado progresivamente asociada a tos escasamente productiva.

#### Exploración y pruebas complementarias:

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Consciente, orientado y colaborador. Eupneico.

- Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos.

- Auscultación pulmonar: disminución del MV en ambos campos pulmonares.

Roncus dispersos.

- Abdomen: globuloso, blando, depresible y sin masas ni megalias.

- EEL: pulsos conservados, no edemas ni signos de flebitis ni trombosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó

- Rx. Tórax: ligero aplanamiento de diafragmas. Sin evidencias de otros signos patológicos.

- Espirometría. FVC de 4.09, FEV1: 88 y FEV1/FVC: 79.38

- Analítica:

- Hemograma: normal.

- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos y encimas hepáticas normales.

Ante los resultados de las pruebas complementarias, iniciamos tratamiento de deshabitación tabáquica.

Recomendamos revaloración en un mes.

Pasado ese tiempo, el paciente continuaba con la misma sintomatología. Revisando el historial descubrimos que la espirometría no cumplía los criterios de aceptabilidad, ya que la duración de la misma era de 2.84 segundos, motivo por el cual, se solicita una nueva en la que obtenemos los siguientes valores: FVC: 4.87, FEV1: 88; FEV1/FVC: 66.86. La duración de la maniobra es de 6 segundos y no existen cambios con la broncodilatación.

#### Juicio clínico:

Ahora podemos concluir que nuestro paciente sufre un EPOC leve.

#### Diagnóstico diferencial:

Asma

Bronquiectasias

Fibrosis quística

Insuficiencia cardíaca

#### Comentario final:

Con este caso lo que se pretende es recordar que antes de interpretar una espirometría debemos comprobar rigurosamente que ésta cumple los criterios de aceptabilidad y de reproducibilidad; ya que como vemos, la duración de la maniobra modifica la FVC y por lo tanto el INDICE FEV1/FVC que es quien define la presencia ó no de obstrucción.

Se ha observado que sólo aproximadamente la mitad de los centros de AP dispone de espirometro, y de ellos un gran porcentaje carece de la formación para su uso, de ahí que exista escasa adaptación a las normativas de realización. En varios estudios se notificó que las espirometrías realizadas en AP no cumplen con los criterios de aceptabilidad y de reproducibilidad, es por ello, que debiéramos prestar especial atención a los mismos e instaurar programas de formación para la buena realización de las técnicas, evitando así infra o supradiagnósticos.

#### Bibliografía:

Alvarez-Sala Walter, J.L. Viejo Bañuelos, J.L. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Aspectos clínicos y terapéuticos. Egraf, S.A. Madrid 2007.

2.- Eduardo Calvo, Jesús Molina, J. Antonio Quintano, Juan a. Trigueros. Consenso Nacional sobre EPOC en Atención Primaria. SEMERGEN Y SEMG. Madrid 2007.

## 244/48.

### ¿Solo bronquitis?

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Paulino Martínez, Elena María; <sup>(2)</sup>Gil Adrados, Ana Carmen; <sup>(3)</sup>Goliney, Olga.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.; <sup>(2)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.; <sup>(3)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.

#### Descripción del caso:

Varón 57 años, ex-fumador 30 paquetes/año, Roncador.

En octubre 2016 sensación disneica intermitente sin sibilancias, mejoró espontáneamente. Posteriormente, catarro en enero 2017 tos, ruidos torácicos y disnea de moderados esfuerzos.

#### Exploración y pruebas complementarias:

TA:118/83, FC:79, SatO2:97%, IMC:31%, Eupneico. No adenopatías. ECG:RS

AP: Murmullo vesicular disminuido en base derecha crepitante en base y campo medio derecho. Hemograma, Coagulación y bioquímica normal. Espirometría: FEV1 86%, FVC 89%. En decúbito caído de FEV1 del 29% y de la FVC 26%. Rx tórax: elevación hemidiafragma derecho/ probable paresia frénica derecha no presente en 2013.

Especializada: TAC torácico: elevación de hemidiafragma derecho. Atelectasia en base lóbulo inferior derecho. Ecografía: disminución de la excursión diafragmática en respiración normal como forzada. Poligrafía: SAHS leve. Broncoscopia: sin alteraciones.

#### Juicio clínico:

Paresia frénica derecha idiopática. Atelectasia segmentaria en base derecha pasiva

#### Diagnóstico diferencial:

Infección aguda, tuberculosis y tumores malignos. Enfermedad intersticial pulmonar. EPOC. Broncoaspiración.

#### Comentario final:

La parálisis diafragmática unilateral es un hallazgo casual; esto es debido en parte a su escasa repercusión funcional. Las causas más frecuentes son las lesiones quirúrgicas o traumáticas del nervio frénico, las neoplasias y la forma idiopática.

El objetivo es la importancia de conocer la evolución de las infecciones respiratorias agudas y el progreso de las manifestaciones clínicas. Ante la sospecha de alguna complicación, se debe valorar la solicitud de pruebas complementarias, como una radiografía de tórax.

#### Bibliografía:

M.A. Aibar Arregui, F. Conget López. Parálisis frénica unilateral. *Semerger* 2004;30:583-5. -G.J. Criner, S.G. Kelsen. *Effect of neuromuscular diseases on ventilation. Fishman's pulmonary diseases and disorders 3rd ed, pp. 1561-1586.-Celli BR. Causes and diagnosis of unilateral diaphragmatic paralysis and eventración. UpToDate (Internet). 2013 (revisado Enero 2015).* - *Enciclopedia de Neumología y Neumociencias De Pneumowiki*

## 244/49.

### No todo es lo que parece

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Esteves Araújo Correia, Sara; <sup>(2)</sup>Abalde Castro, María Luz.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Teis.Vigo.; <sup>(2)</sup>Médico Residente de 4er año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Teis.Vigo.

#### Descripción del caso:

Varón de 53 años, fumador activo de 20 cigarrillos/día. Trabajó durante 35 en astilleros (en contacto con amianto y fibra de vidrio). Entre sus antecedentes personales destacan asma persistente moderada y rinitis perenne (diagnosticado a los 26 años por parte del servicio de Alergología), así como varios ingresos en el servicio de Pneumología por infecciones respiratorias y exacerbaciones asmáticas. Estaba a tratamiento domiciliario con Symbicort, Atrovent y Dacortin.

En los últimos meses el paciente acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) en diversas ocasiones por episodios de disnea, tos y aumento de mucosidad. Las interpretamos y tratamos como reagudizaciones asmáticas e intensificamos su tratamiento de base sin conseguir con ello mejoría clínica. Solicitamos interconsulta a Pneumología. Entretanto el paciente empeora y finalmente reingresa en ese servicio.

#### Exploración y pruebas complementarias:

- En el examen físico destacaba una auscultación pulmonar patológica, con disminución del murmullo vesicular, roncus y sibilancias dispersas por ambos campos pulmonares.
- Desde AP solicitamos Espirometría (FEV1/FVC: 76,96%, FVC 79%, FEV1 81%) y Radiografía de tórax en la que se evidenciaban infiltrados con patrón intersticial distribuidos de forma parcheada y diafragmas aplanados.
- Durante su ingreso, se realizaron TAC torácica y fibrobroncoscopia donde se encontraron hallazgos sugestivos de afectación pulmonar por neumonitis por hipersensibilidad en estadio subagudo/crónico.

#### Juicio clínico:

Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID): neumonitis por hipersensibilidad vs histiocitosis X.

#### Diagnóstico diferencial:

Asma, EPOC, otros tipos de EPID como asbestosis

#### Comentario final:

En ocasiones guiados por la inercia clínica, no nos paramos a pensar suficientemente que muchas veces las cosas pueden no ser lo que a priori parecen. El asma es una patología frecuente que el médico de AP debe saber manejar, y dentro de este manejo se incluye derivar a Pneumología los casos que por su complejidad o evolución así lo requieran.

Las EPID son un grupo de enfermedades caracterizadas por una alteración estructural alveolo-intersticial pulmonar. Se desconoce el origen la mayoría de los casos, pero se sabe que la mayor parte de las veces están relacionadas con la fibrosis pulmonar idiopática. Su frecuencia aumenta con la edad y en varones. El diagnóstico es complejo, ya que no existen síntomas específicos, lo que dificulta sospecharlas precozmente.

Como profesionales de AP, creemos importante el tener presente esta enfermedad como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes personales sugestivos, hábitos tóxicos y clínica concordante.

#### Bibliografía:

- Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, et al.; Grupo de investigación en Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas. Area de Técnicas y Transplante. *SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares difusas. Arch Bronconeumol.* 2003; (12): 580-600.
- Xaubet A, Ancochea J, Morell F, et al.; Spanish Group on Interstitial Lung Diseases, *SEPAR. Report on the incidence of interstitial lung diseases in Spain. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 2004;21(1):64-70.

## 244/54.

### Poliarteritis nodosa con afectación pulmonar en adulto inmunocompetente

#### Autores:

<sup>(1)</sup>Reina González, Rocío; <sup>(2)</sup>Baca Osorio, Antonio José; <sup>(3)</sup>Gómez Sánchez-Lafuente, Carlos; <sup>(4)</sup>Camarena Herrera, Ángel Luis; <sup>(5)</sup>Poyato Ramos, Rafael; <sup>(6)</sup>Ginel Mendoza, Leovigildo.

#### Centro de Trabajo:

<sup>(1)</sup>Médico Residente de 4º de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(2)</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(3)</sup>Médico Residente

de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(4)</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.; <sup>(5)</sup>Enfermero. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.

#### Descripción del caso:

Hombre de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo I, exfumador de 40 paquetes/año. Acude a consulta de Atención Primaria por fiebre, tos y expectoración de una semana de evolución, sin hemoptisis. Se asocia a astenia y disnea de moderados esfuerzos desde hace meses, con pérdida de 5 kg de peso.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Estable hemodinámicamente. Eupneico en reposo, con saturación O<sub>2</sub> 99% basal. Afebril. A la auscultación destaca hipoventilación generalizada, sin otros hallazgos de interés en la exploración.

Se pauta tratamiento con levofloxacino, persistiendo febrícula y malestar general. Ante la evolución desfavorable del cuadro clínico se solicita radiografía de tórax donde se visualizan múltiples lesiones nodulares bilaterales.

El paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de dichas lesiones. En analítica de sangre destaca leucocitosis con neutrofilia, creatinina 1.35, FG 60 y PCR 108. En TC de tórax se confirma la presencia de imágenes nodulares y pseudonodulares mal delimitadas, difusas, bilaterales. Se realiza punción-aspiración de un nódulo pulmonar informándose de la presencia de cilindros pulmonares con proliferación fibrohistiocitaria sin signos de malignidad, con necrosis focal y reacción linfoplasmocitaria.

Durante el ingreso se evidencia empeoramiento progresivo de la función renal, microhematuria y proteinuria discreta, con anticuerpos ANCA positivo en el estudio de autoinmunidad. Se realiza biopsia renal, con diagnóstico definitivo de vasculitis ANCA con lesión focal renal.

#### Juicio clínico:

Poliarteritis nodosa (PAN) con afectación pulmonar y renal.

#### Diagnóstico diferencial:

Neumonía, bronquitis, neoplasia pulmonar, TEP, TBC, bronquiectasia.

#### Comentario final:

La poliarteritis nodosa es una enfermedad muy poco frecuente, dándose especialmente en varones entre la 5ª y la 7ª década. Se trata de una vasculitis necrotizante, de etiología desconocida en la mayoría de casos, cuyos síntomas son muy variables e inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. El pronóstico depende en gran medida del grado de lesión y el número de órganos dañados, siendo excepcional la afectación pulmonar.

En nuestro caso, tras la administración de corticoides IV y Ciclofosfamida, el paciente presentó gran mejoría clínica así como recuperación progresiva de la función renal.

#### Bibliografía:

Narvaez García FJ. Diagnóstico diferencial y tratamiento vasculitis necrotizantes sistémicas. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmune sistémicas. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 225-30

Organiza



@RespiratorioSEMERGEN17



[www.facebook.com/Semergen](http://www.facebook.com/Semergen)

Secretaría Técnica



ap congress

C/Narváez 15·1º izq  
28009 · Madrid  
tel: 902 430 960  
fax: 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)