



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



III Jornada semFYC de Medicina Rural

¡RURALES + QUE MÉDICOS!

Iglesia de la Merced,
Cuenca
20 de octubre de 2018

Organizan:



Sociedad anfitriona:



www.semfy.com/medicinarural2018



III Jornada semFYC de Medicina Rural

Cuenca, 20 de octubre de 2018

PRÓLOGO

Las III Jornadas de Medicina Rural de la semFYC se celebraron en Cuenca. Con el lema “Rurales más que médicos” volvió a ser de nuevo un punto encuentro de aquellos profesionales que, desarrollando su tarea en medios alejados y a veces en condiciones adversas, siguen llevando a la población lo mejor de la Medicina de Familia.

Contó con más de 200 asistentes, la mayoría médicos y residentes, aunque también acudieron enfermeras.

El Burnout del profesional, el riesgo cardiovascular en el mundo rural y el futuro laboral del médico rural con la visión del residente, del joven médico de familia y del tutor fueron los temas tratados. Todos los temas originaron un enriquecedor debate que demostró que el medio Rural permanece vivo y que puede ser un futuro profesional promotor e ilusionante para las nuevas generaciones de médicas y médicos de Familia: la Comunidad, las Urgencias, la Atención Domiciliaria, el paciente crónico, la familia y todas las competencias esenciales de la Especialidad a su alcance.

El grupo de trabajo de Medicina Rural de la semFYC siguió trabajando por una Medicina de Familia transversal y al

alcance de todos los pacientes, vivan donde vivan, y haciendo viable la Declaración de Ávila como hoja de ruta.

Dra. Ana Arroyo de la Rosa

Tesorerera JP de la semFYC

Enlace JP de la Jornada de Medicina Rural

Mejor Caso Clínico - 1^{er} premio

ATENCIÓN AL PARTO URGENTE CON CIRCULAR DE CORDÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

María del Campo Giménez¹, Carlos Martínez de la Torre², Gema María Tello Nieves³

¹Médica Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Albacete. CS La Roda, Albacete. GAI Albacete. SESCO. ²Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria

Albacete. CS La Roda, Albacete. GAI Albacete. SESCAM.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CS La Roda, Albacete. GAI Albacete. SESCAM.

Presentación del caso: Motivo de consulta: parto en curso.

Antecedentes personales y familiares: No alergias a medicamentos conocidas, no factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos, no enfermedades médico-quirúrgicas de interés. No tratamiento habitual. Natural de Marruecos. Etapa IIB (Extensión). Pareja estable con dos hijos. Insuficiente apoyo socio-familiar.

Anamnesis: Paciente mujer de 31 años, embarazada de 40+4 semanas (G4P3A1) que consulta en urgencias de su Centro de Salud por contracciones y trabajo de parto de 12 horas de evolución, sin amniorrexis y sin otra sintomatología asociada. El seguimiento del embarazo no mostró complicaciones.

Exploración física: Aceptable estado general, normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Afebril. Ligera taquipnea en reposo. Consciente y orientada, sin focalidad neurológica aguda. En la auscultación cardiopulmonar encontramos tonos cardíacos rítmicos, sin soplos y murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. A la exploración abdominal, objetivamos contracciones cada 2 minutos, con dolor generalizado, no signos de irritación peritoneal, RHA presentes. Genitales externos normales. Debido a la situación clínica y la limitación de pruebas complementarias disponibles en Atención Primaria, no se llevó a cabo ninguna de ellas.

Juicio clínico: Parto vaginal natural extrahospitalario.

Diagnóstico definitivo, evolución y tratamiento: A su llegada al centro de salud, tras valoración inicial, se contactó con servicio 112 para traslado urgente a hospital de referencia. Se canalizó vía venosa periférica, con inicio de analgesia, preparación de material específico para parto extrahospitalario y monitorización, objetivando evolución de contracciones cada 2 minutos y amniorrexis espontánea. La paciente comienza con contracciones de mayor duración e intensidad, permitiendo visualizar presentación cefálica, por lo que se inicia periodo expulsivo con rotación cefálica y expulsión de la cabeza fetal, así como protección del periné. La evolución del parto se detiene ante dificultad para la extracción de hombros fetales, por la antropometría del recién nacido, así como por la presencia de circular simple de cordón que se libera deslizándolo por la cabeza. Tras nuevas contracciones, se consigue la extracción de hombros y se pinza cordón umbilical, mientras se estimula al recién nacido, mujer con Apgar de 8 y 4.200 gramos. La paciente y la recién nacida fueron trasladadas al hospital, donde se procedió al alumbramiento, con placenta y membranas íntegras, sin complicaciones durante el puerperio.

Aplicabilidad: Los Centros de Salud son, en múltiples ocasiones, el primer punto de atención de urgencias vitales, por tanto, junto con la adecuada formación del personal, es imprescindible una completa dotación de materiales y recursos para la correcta atención a la población, incluyendo la disponibilidad del transporte sanitario medicalizado urgente. Estos recursos deben distribuirse de forma equitativa para toda la población, independientemente de si se encuentra en área de salud rural o urbana. Por otra parte, es necesaria una adecuada formación integral del médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria para poder enfrentarse a urgencias vitales en el ámbito de Atención Primaria tanto durante su formación como médico interno residente como en su etapa de Especialista. Y por último, los profesionales sanitarios debemos potenciar e implementar medidas de educación sanitaria a la población durante nuestra actividad diaria, con el

evidente objetivo de mejorar la salud y favorecer un adecuado uso de los recursos sanitarios.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Parto. Cordón umbilical.

Mejor Caso Clínico - 2º premio

AVISO A DOMICILIO, PILAR ESTÁ FLOJA

Dolores Andreu Borrego¹, Consuelo García Carbó², Manel Monfort Lázaro¹

¹CS de Morella. Morella (Castellón). ²CS de Forcall. Forcall (Castellón).

Presentación del caso: Motivo de consulta: acudimos por tercera vez al domicilio de Pilar, durante temporal de nieve, para valorar cuadro de mareos con disminución progresiva del nivel de conciencia y disartria. Dos horas antes su hijo la había encontrado en el suelo.

Antecedentes personales: No RAMC, HTA tratada con losartán/HCTZ 100/12,5 mg/24h, insuficiencia venosa crónica, hipertiroidismo tratada con metimazol 5 mg/24h y ansiedad tratada con clorazepato 10 mg/24h. Presentaba úlceras sobreinfectadas en EEII tratadas con amoxicilina/ác. clavulánico 500/125 mg/8h.

Anamnesis: Vive con su hijo, Barthel previo de 80 puntos y sin deterioro cognitivo previo.

Exploración física: MEG, NH y palidez mucocutánea. Glasgow 12 (3+4+5). Hipotonía generalizada con disartria y dudosa pérdida de fuerza ES izquierda. ACR tonos rítmicos y MVC. ABD blando y depresible. Flebitis pierna izquierda. PA 150/90 mmHg.

Pruebas complementarias: Gluc 124 mg/dl, Sat 92%, FC 54 lpm. ECG: ritmo sinusal 56 lpm, eje a 30°, BCHHI. Labstik orina: negativo. Ante el proceso neurológico subagudo con sospecha clínica de ACV se remite al Servicio de Urgencias hospitalarias para valoración. Pilar es atendida por el Servicio de Urgencias observándose los siguientes resultados: PA: 155/91 mmHg, Sat O2 92% Tª rectal 27 °C. Analítica: hemograma, BQ, coagulación, serologías, hemocultivos, gasometría y sistemático de orina sin alteraciones significativas. Rx de tórax: borramiento hemidiafragma izquierdo y aumento de la densidad basal derecha. TC y RM cerebral: cambios involutivos acordes con la edad. Punción lumbar: normal. EEG: actividad cerebral difusa leve.

Juicio clínico: Proceso neurológico subagudo con sospecha clínica de ACV.

Diagnóstico definitivo, evolución y tratamiento: La recuperación de la temperatura corporal con medios físicos en Servicio de Urgencias mejoró cuadro neurológico pero Pilar se queda ingresada para completar estudio. Permanece en el Servicio de Medicina Interna, durante 3 semanas, donde tras completar estudio se diagnostica como encefalopatía metabólica secundaria a hipotermia grave.

Discusión y aplicabilidad: Nuestro error al no determinar la temperatura corporal en este caso, nos hace reflexionar la importancia de sistematizar la exploración física en nuestra práctica clínica habitual. Valorar incorporar termómetros de hipotermia en el maletín de urgencias especialmente en zonas rurales de montaña.

Palabras clave: Servicios de Salud rural. Medicina de urgencias. Hipotermia.