

# Comunicacións Póster

## XVI Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria  
Ano 2011  
Volume 18  
Páx. 206-226

### COMUNICACIÓNS PÓSTER. CASOS CLÍNICOS

#### CC01 - PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO

**Prieto Formoso, M.; González Lorenzo, P.; García Rodríguez, J.;**

*H. Arquitecto Marcide, Centro de Salud de O Val. Ferrol*

La ingestión de cuerpos extraños es un evento común, pero sólo excepcionalmente determina un cuadro de abdomen agudo.

El diagnóstico es difícil, tanto por falta de referencia a la ingestión del cuerpo extraño, como por la negatividad de los exámenes en relación a este factor causal. Solo cerca de 1% de los casos de ingestión de cuerpo extraño evoluciona para perforación intestinal.

Paciente de 83 años, acude al S.U. enviada por su MAP, por dolor abdominal y vómitos. Presenta postración, y el dolor de 4 días de evolución, inicialmente en el epigastrio, después en todo el abdomen.

Se procede a laparotomía exploradora. Se observan adherencias de asas de intestino delgado, y un foco de necrosis asociada a la perforación. Se evidencia un cuerpo extraño compatible con una dentadura postiza que es incapaz de progresar a nivel intestinal causando perforación por necrosis/presión del asa. La ingesta de cuerpos extraños es común de forma accidental en niños y ancianos. La perforación es un evento raro. La mayoría de las perforaciones ocurren en el intestino delgado, aumentando el riesgo de las mismas si hay adherencias, o hernias de la pared abdominal. Los cuerpos extraños puntiagudos presenta mayor riesgo de perforación, pero los obtusos pueden perforar por mecanismo de presión/isquemia/necrosis como fue en este caso relatado.

#### CC02 - VARON 80 AÑOS CONVULSIONANDO

**Regal Faraldo, MI;**

*Atención Primaria. Area Norte Pontevedra*

Varón 80 años antecedentes: DM tipo 2, HTA, dislipemia, I.renal, estudio (2006) por mareos, holter y EcoTSA normales. Episodio de flutter (2008) posteriores ECG normales, seguimiento neurología por probables crisis convulsivas (2011), anemia multifactorial. cirugía: ulcera gástrica. Tratamiento: keppra, ferrosanol, seguril, adiro, pariet.

061: varon convulsionando. Anamnesis: paciente presenta esa tarde varios episodios de movimientos tonico-clonicos, ojos en blanco y pérdida de

conocimiento, alguno estando tumbado. No relata dolor torácico, disnea ni pérdida control esfínteres. Está asintomático, no post-ictal. Consciente, euneico, normocoloreado, no signos meningeos. Tª 35,8°, TA: 148/100, Gluc 79, satO: 98, Fcardiaca: 48. AP: crepitantes basales. AC: arritmica, no soplos. Eneurológica: normal. No mordedura lengua. Monitor: RS 48 lpm, resto normal. Trasladamos con monitor, vía iv, y oxígeno a hospital. En ambulancia: fc 59 lpm, artefactado, alguna extrasístole ventricular. Continua asintomático. JC: bradicardia. Síncope vs crisis convulsiva. En pruebas complementarias destacamos: CK total 202, TroponinaT 0,03, radiografía torax compatible fallo cardiaco, ECG normal. Lo monitorizan y observan la aparición de un bloqueo AV completo, colocándole marcapasos externo y posteriormente definitivo.

El síncope es una enfermedad habitual para el médico de familia. Es importante su diagnóstico, eminentemente clínico, búsqueda de etiología (benigna o potencialmente mortal) principalmente por pruebas complementarias y el diagnóstico diferencial con otras entidades como las crisis convulsivas. El tratamiento específico depende de la etiología.

La sintomatología de este síncope cardiaco depende de la frecuencia ventricular, pudiendo estar asintomático, mareos esporádicos, crisis de Stokes-Adams o la asistolia.

#### CC03 - SINDROME DE TIETZE

**Pérez Vázquez, C; Arias Amorín, I;**

*Centro de Salud Elviña*

Se trata de un varón de 34 años sin antecedentes personales de interés, a tratamiento con Trankimacin 0.5 mg que acude al servicio de urgencias a las 6.30 de la mañana por dolor centrotorácico que le despierta de manera brusca. El dolor es de características opresivas, no irradiado, que aumenta con la respiración y a la palpación. No presenta cortejo vegetativo, ni fiebre ni tos ni otra clínica por aparatos. Episodios similares previos sin un diagnóstico definitivo.

A la exploración física encontramos al paciente con tensión arterial y temperatura dentro de la normalidad, con buen estado general, normohidratado, normocoloreado y euneico en reposo. La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos y con murmullo vesicular conservado. No se aprecia hematoma ni deformidad en la caja torácica, si dolor a la palpación de tercio inferior de esternón.

Las pruebas complementarias revelan una saturación de oxígeno de 98,

analítica dentro de rangos normales y radiografía de tórax sin alteraciones.

El Síndrome de Tietze, a pesar de ser una entidad poco frecuente, es importante en el diagnóstico diferencial del dolor torácico, causa de muchas consultas en atención primaria y es por ello que considero importante hacer una breve revisión sobre este tema. Es además una enfermedad cuyo diagnóstico y tratamiento se realiza de forma ambulatoria en nuestras consultas.

#### CC04 - SD. HEMICOREA-HIPERGLUCEMIA-HIPERINTENSIDAD EN T1

**Pérez Amor, R.; González García, R.;**

*Centro de Salud La Milagrosa, Centro de Salud Sarría,*

Descrito en 1994.

Comienzo súbito de hemicorea-hemibalismo + hiperglucemia no cetósica + hiperintensidad estriatal contralateral (incluso ipsilateral o bilateral).

En ancianos, con DM mal controlada (más rara vez en debut), ligera predisposición en mujeres y origen asiático.

Deberá considerarse a pesar de normoglucemia si existe registro histórico de hiperglucemias (HbA1c) y el cuadro clínico-radiológico es compatible.

TRATAMIENTO: Causal y sintomático (clonazepam, depletors de la DA, bloqueantes de los Rs DA)

CASO CLÍNICO: Mujer de 81 años, diabética tipo 2, que ingresa por movimientos involuntarios coreiformes en extremidad superior izquierda de inicio brusco y sin otra sintomatología asociada.

Bioquímica: glucemia de 514 sin cetoacidosis, y glicohemoglobina 11.4%.

RMN cerebral: focos de hiperseñal en secuencias T2 en sustancia blanca supratentorial y mínima hiperseñal en ambos tálamos que traducen leucoaraiosis.

Al ingreso se le inicia perfusión por bomba de insulina y aporte hídrico desapareciendo los movimientos anormales. Durante su estancia en planta presentó fluctuaciones en las cifras de glucemia, y coincidiendo con una elevación de glucemia en torno a 500, sufrió nuevos episodios de movimientos coreiformes. Es dada de alta, asintomática, al alcanzar un control glucémico aceptable con insulino terapia.

#### CC05 - UNOS MINUTOS PARA REEVALUAR

**Sánchez Campos, V.; Cerrato Rodríguez, J.;**

*Centro de Salud Elviña-Mesoira. A Coruña*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 39 años, fumador, que acude por tercera vez a Urgencias por estreñimiento y fiebre. Hace 4 semanas comenzó con lumbalgia añadiéndose después fiebre; se le diagnosticó una infección respiratoria tratándolo con antibióticos y analgésicos sin mejoría. Está utilizando laxantes con escasa respuesta. La exploración revela un regular estado general sin otros hallazgos, decidiéndose ingresarlo para estudio tras realizar analítica urgente (anemia microcítica), radiografías de tórax y abdomen.

Una vez en planta reevaluamos los datos del paciente, fijándonos en que la radiografía de abdomen presenta hepatomegalia, abundantes heces y un discreto globo vesical. Comenzamos a sospechar un diagnóstico.

Al reinterrogar al paciente refiere adelgazamiento en el último mes, comienzo reciente de anestesia en zona perineal y dificultad para orinar.

Confirmamos la sospecha de síndrome de cola de caballo y realizamos resonancia lumbar urgente, que muestra infiltración tumoral vertebral en varios niveles. Posteriormente se confirma un carcinoma pulmonar no microcítico con múltiples metástasis hepáticas, óseas y ganglionares.

RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: Recaltar la importancia de dedicar unos minutos a reevaluar y reflexionar sobre los datos clínicos y pruebas de nuestros pacientes, sobre todo ante casos complejos, ya que nos sirve para formular probables hipótesis diagnósticas reorientando la anamnesis y la exploración antes de volver a valorar al paciente.

#### CC06 - EDEMA GENERALIZADO

**Cerrato Rodríguez, J.; Sanchez Campos, V.;**

*Centro de Salud Elviña*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 24 años que comienza con aumento del perímetro abdominal, y en el plazo de 3 meses, aparece edema en miembros inferiores y en cara. Su médico de atención primaria realiza analítica de sangre apareciendo cifras de albúmina normales y LDL elevado, se trata con diuréticos y estatinas. Ante la progresión del cuadro e ineficacia del tratamiento sintomático, se repite analítica que detecta disminución de proteínas totales y albúmina, persistiendo la hiperlipidemia; también se recoge orina en 24 h donde se halla proteinuria importante.

Ante la sospecha de síndrome nefrótico se deriva al nefrólogo, que indica biopsia renal donde confirma el diagnóstico de glomerulopatía por cambios mínimos. Se pauta corticoterapia oral con mejoría clínica evidente, desaparición de los edemas y normalización de las proteínas y colesterol en sangre.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: En pacientes sanos, la aparición de diversas alteraciones metabólicas de forma subaguda, en este caso: aparición de edemas progresivos con elevadas cifras de colesterol, hipoalbuminemia y proteinuria, nos hace pensar en una causa que provoca el cuadro, un síndrome nefrótico. La pauta de tratamiento con corticoides ayuda a corregir las cifras analíticas y permite la desaparición de síntomas. En nuestra paciente es más eficaz tomar medidas terapéuticas dirigidas a la etiología renal, que tratar los síntomas individualmente.

#### CC07 - PROLAPSO MITRAL: UNHA PATOLOXÍA CON SÍNTOMAS ANSIOSOS

**Galiano Leis, M.A.; García Rodríguez, R.; Tarrazo Antelo, A.M.;**

*XAP Ourense, XAP Santiago,*

DESCRIPCIÓN: unha estudante de 24 anos acode á consulta aqueixada de episodios de mareo inespecíficos, sen clínica vertixinosa e taquicardias dentro do contexto de atoparse en época de exames. Episodios de repetición desta clínica dende os 15 anos.

Solicítase analítica. Todos os parámetros están dentro da normalidade.

O contexto parece orientar a un problema de tensión nerviosa motivada polos estudos, pero unha exploración clínica minuciosa revela un moi débil soplo mitral que parece aumentar en Valsalva. Coa sospeita de prolapso mitral, derivase a cardiología que confirma o diagnóstico: prolapso do velo posterior da mitral con insuficiencia mitral mínima asociada.

Relevancia para atención primaria: o prolapso mitral é un dos diagnósticos diferenciais a establecer ante un síndrome ansioso, especialmente en mulleres novas. Cunha exploración clínica cuidadosa é posible descartar que a causa destes síntomas non sexa un problema cardíaco. Por outro lado o contexto social do paciente debe ser tido en conta sempre, pero así como nalgúns casos axuda ó diagnóstico, noutros como este caso, pode levar a erro.

#### CC08 - LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA: A PROPÓSITO DUN CASO

**Galiano Leis, M.A.; García Rodríguez, R.; Tarrazo Antelo, A.M.;**

*XAP Ourense, XAP Santiago,*

Muller de 34 anos, con antecedente dun síndrome depresivo que precisou tratamento fai uns anos, consulta repetidamente dende fai uns 3 meses por cefaleas, etiquetadas de tensionais, cunha exploración normal e que responden a analxésicos habituais. Na última semana aparecen astenia e anorexia moi intensas que a levan á postración e a unha perda significativa de peso. Na exploración física chama a atención a caquexia, a deshidratación, a falta de colaboración da paciente, unha miopía bilateral e unha hemiparesia esquerda. Ante o mal estado da paciente remítese ó hospital. Non se observan alteracións analíticas e tampouco nas radiografías, pero no TC craneal aparece unha lesión hipodensa que non realza con contraste a nivel de corpo calloso extendéndose pola sustancia branca de forma bilateral e con áreas satélites. Establécese como primeira opción diagnóstica leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) e menos probable un proceso linfoproliferativo; descartando esta segunda opción a través dun SPECT cerebral. A seroloxía VIH foi positiva. Co diagnóstico de LMP a paciente permaneceu ingresada durante 1 mes, o cabo do cal falleceu.

LMP: entidade progresiva caracterizada por áreas multifocais de desmielinización. Clínicamente debuta con deterioro mental, cambios na personalización, déficit visual e perda de forza. O TC e a RMN son as probas de maior rentabilidade para establecer o diagnóstico.

O 95% dos casos asocíanse a un trastorno de inmunodeficiencia. Actualmente non se dispón de tratamento eficaz.

#### CC09 - SÍNDROME CONFUSIONAL EN PACIENTE ANCIANO

**García Rodríguez, R.; Tarrazo Antelo, A.M.; Galiano Leis, M.A.;**

*Area de Atención Primaria Santiago de Compostela*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: varón de 79 anos traído por cuadro intermitente de desorientación, frases incoherentes, alucinacións e irritabilidade desde hace 8 días. Caída con TCE sin pérdida de conocimiento hace 15 días. Antecedentes: HTA; depresión. Tratamiento: Olmesartan/Hct, Venlafaxina, Mirtazapina, Lormetazepam, Tramadol.

TA 142/62, FC:75lpm; T36,5C. AC: rítmico, soplo sistólico Aórtico; Neurológico: consciente, parcialmente orientado, memoria remota/reciente conservadas, lenguaje coherente. No focalidad ni meningismo. Fuerza y sensibilidad conservadas. Resto normal.

Aunque sospechamos posible efecto secundario del Tramadol, derivamos a urgencias para descartar patología aguda intracraneal.

TC craneal: atrofia cerebral cortical/subcortical de predominio frontal (sin datos de patología aguda); EKG normal. Analítica: creatinina 1,4 (similar en analíticas anteriores). Valorado por Neurologo de guardia, atribuye la clínica a efecto 2ario del Tramadol.

Éste fue iniciado desde consultas de psiquiatría para control del dolor crónico osteoarticular del paciente, con dosis alta sin titulación previa.

Pasados dos días tras suspensión del fármaco, el paciente vuelve asintomático, recuperando su estado basal.

Relevancia en AP: La confusión y alucinaciones son efectos secundarios raros del tramadol. En nuestra práctica médica es frecuente el inicio de prescripciones en pacientes de edad avanzada sin adecuada titulación previa de dosis y sin programar valoración posterior de los posibles efectos secundarios (lo cual nos hace caer en el error de la inercia terapéutica). Debemos tenerlo en cuenta, sobre todo en mayores con datos de insuficiencia renal

#### CC10 - ODINOFAGIA DE LARGA EVOLUCIÓN. A PROPOSITO DE UN CASO

**Tarrazo Antelo, A.M.; Galiano Leis, M.A.; García Rodríguez, R.;**

*Area de Atención Primaria Santiago de Compostela*

Descripción del caso: varón de 47 años que acude por primera vez a consulta, refiriendo persistencia en 12 últimos meses, de odinofagia. Consultando su historia clínica objetivamos múltiples asistencias previas por cuadro similar y tratado con antibióticos en ocasiones. Antecedentes: sin interés (no fumador). No tratamientos

EF: hiperemia faríngea sin exudados. No adenopatías cervicales. No fiebre, tos ni rinorrea. Resto normal. Análítica hace 3 meses: dentro de normalidad. Serologías hace 6 meses: Hepatitis B, C y VIH negativas. Fue visto por Otorrinolaringología hace 2 meses con resultado sin alteraciones.

Realizamos test estreptococo, que resulto negativo, y retiramos muestra para cultivo de exudado faríngeo.

Relevancia para AP: Se estima que más de un 50% de faringoamigdalitis son víricas. De las bacterianas la más frecuente es por *Estreptococo beta hemolítico del grupo A*: 16-20%, único subsidiario de tratamiento antibiótico, además sin resistencia a la penicilina.

Con los criterios de centor (fiebre >38C, adenopatías cervicales, exudado amigdalario, no tos/rinorrea) se alcanzan alta especificidad y valor predictivo negativo en el diagnóstico (cuanto más criterios más frecuencia de *Estreptococo Beta hemolítico*), como se ha demostrado en varios estudios.

La microbiología de nuestro paciente resulto positiva para *Klebsiella Pneumoniae*.

Ante la presencia de bacterias infrecuentes en faringe el médico de AP debe descartar la posibilidad de enfermedades de base concomitantes. En el caso de nuestro paciente, al repetir analíticas y serologías, se obtuvieron resultados positivos para VIH.

#### CC11 - RS3PE

**Gómez Castro, A.; Reboiro Díaz, S.;**

*Centro de Salud Cambre, Centro de Salud Carral*

Paciente de 76 años que acude a consulta por presentar desde hace días edemas en ambas manos que apareció bruscamente sin otra clínica acompañante. En la exploración física destaca un edema con fovea en ambas manos, limitación dolorosa de la movilidad y dificultad para la flexoextensión de los dedos.

El edema en este caso está provocado por una tenosinovitis debido a la presencia de líquido en las vainas sinoviales. Nuestro paciente presenta un RS3PE. Es una entidad reumatológica de etiología desconocida caracterizada por una poliartritis simétrica asociada a sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos, con edema severo con fovea en el dorso de las manos. Se puede presentar como un síndrome paraneoplásico, asociado sobre todo a carcinomas y tumores hematológicos. También se puede asociar a otras enfermedades sistémicas e infecciones.

Se realizó una analítica general en la que destaca una FA de 1339 y un PSA de 167. Por ello el diagnóstico de sospecha es un Carcinoma de Próstata con Metástasis óseas.

Este caso es importante para Atención Primaria porque como médicos de Familia es importante conocer este síndrome y saber diagnosticarlo ya que debemos seguir al paciente para descartar el desarrollo de una enfermedad de base. Así, no debemos olvidar de que se trata de un síndrome que se asocia con enfermedades importantes como neoplasias.

#### CC12 - PATOLOGÍA TIROIDEA SILENTE: IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO

**García Rodríguez, R.; Galiano Leis, M.A.; Tarrazo Antelo, A.M.;**

*Xerencia de AP de Santiago de Compostela*

DESCRIPCIÓN: mujer de 70 años que acude para resultados de analítica rutinaria. Antecedentes: coxartrosis. No tratamientos.

Objetivamos TSH <0,01, T3/T4 normales. Exploración: nódulo indoloro en lóbulo izquierdo tiroideo.

Derivamos a CCEE Endocrinología para estudio.

El hipertiroidismo subclínico(HS) presenta TSH indetectable, T4/T3L normales. 40% por T4 exógeno, fármacos, enfermedades/estados no tiroideas. 60% endógenos tiroideos: el más frecuente en mayores es el bocio multinodular(BMN)

El tiroideo tiende, con la edad, a desarrollar nódulos. Lentamente, éstos pueden adquirir autonomía funcional, originando Bocio Multinodular Tóxico(BMT): más frecuente en mujeres >50 años y personas con BMN de larga evolución, que, como en nuestra paciente, puede pasar desapercibido. Pero, aun si no evoluciona a BMT, el HS persistente puede constituir FR para fibrilación auricular, aceleración de osteoporosis, y deterioro psíquico subagudo progresivo.

RELEVANCIA: En AP resulta imprescindible la exploración física completa, que debería estar protocolizada, incluyendo inspección-palpación del cuello, incluyendo glándula tiroidea y búsqueda de adenopatías locorreregionales. Podemos evidenciar así nódulos >1 cm

TSH es la determinación más útil y suficiente para valorar disfunciones tiroideas. Debe solicitarse ante: Sospecha clínica, Hipercolesterolemia, Anemia perniciosa, Taquiarritmia refractaria, fármacos(Amiodarona), Diabetes. Solicitar T4 para valorar intensidad inicial de la alteración y seguimiento(T3L no justificada habitualmente)

Nuestra paciente acude a los 2 meses con diagnóstico de BMN, pendiente de gammagrafía ósea

#### CC13 - DEBILIDAD MUSCULAR PROGRESIVA. CASO CLÍNICO

**Tarrazo Antelo, A.M.; García Rodríguez, R.; Galiano Leis, M.A.;**

*Xerencia de AP de Santiago de Compostela*

DESCRIPCIÓN: mujer de 70 años con pérdida de fuerza en manos progresivamente desde hace 5 años. Antecedentes: FA;HTA. Tratamientos: Acenocumarol; Candesartan; Atenolol

EF: Pulso arritmico(65lpm);leve disartria;dificultad para extensión-separación de dedos de manos,flexión de muñecas, movimiento de pinza. No camina de puntillas ni talones. Dificultad para relajación muscular.

Dada la dispersión somática de la clínica descartamos patología de perfil vascular. Derivamos a CCEE Neurología sospechando miopatía/neuropatía subaguda progresiva.

Neurología: ENMG (actividad de denervación, descargas miotónicas, trazados miopáticos). Diagnóstico: Distrofia Miotónica de inicio tardío y forma paucisintomática(pendiente estudio genético).

La distrofia miotónica es la distrofia muscular más frecuente en adultos(herencia AD). La miotonía supone incapacidad para relajación muscular rápida tras ejercicio intenso, y contracción mantenida tras percusión.El ENMG muestra datos miopáticos y la biopsia,lesión de fibras musculares.

TRATAMIENTO: Fenitoína/Procainamida/Quinina. En pacientes con síncope o bloqueos puede requerirse marcapasos, y ortesis para control del pie péndulo, estabilizar tobillo y disminuir caídas.

RELEVANCIA: En A.P. debemos recordar que las miopatías suelen ser indoloras, aunque puede haber mialgias. Deben diferenciarse de los calambres musculares(contracciones dolorosas), en general por trastornos neurogénicos. Importante diferenciar entre verdadera debilidad muscular y quejas de fatiga que, sin hallazgos clínicos o de laboratorio, casi nunca indican patología muscular intrínseca.

#### CC14 - ME PICO UNA AVISPA

**Regal Faraldo, M.I.;**

*Atención Primaria. Area Norte Pontevedra*

Acude al PAC mujer de 49 años que le acaba de picar una avispa en tobillo izquierdo hace menos de 10 minutos, y refiere mareo, nauseas, vómitos, picor y enrojecimiento por todo el cuerpo e hinchazón de paladar. No dificultad para respirar. No presenta dolor torácico ni otros síntomas. Ya le picaron avispas en otras ocasiones sin problemas.

ANTECEDENTES. no alergias conocidas. Dislipemia tratada con simvastatina.

La paciente está pálida, sudorosa, eupneica. Con edema en frente,ojos y labio inferior. AP:mvc. Ac ritmico, no soplos. TA: 80/55, FREC cardiaca 56.Sat O:98%. T°36 C. ORL: leve edema en paladar, no edema en úvula. Exantema eritematoso generalizado con máculas y habones confluyentes. Abdomen normal. Edema, eritema y punto de punción en tobillo izquierdo.

RELEVANCIA: Se trata de una probable reacción alérgica grave a picadura avispa, presentando un cuadro de anafilaxia.

En Atención Primaria habitualmente vemos cuadros de picaduras de insectos, urticarias, reacciones alérgicas. etc. Es importante actuar rápido y con observación continuada. Es fundamental mantener la vía area permeable. Retirar agente causal. La adrenalina es el fármaco fundamental en anafilaxia y cuadros graves, sc o im 0.3ml-0.5ml, si no buena respuesta: iv. Con monitorización cardíaca. Oxigenoterapia. Sueroterapia intensiva. Antihistaminicos y corticoides iv. Si broncoespasmo broncodilatadores. El glucagón puede estar indicado en pacientes a tto con betabloqueantes, calcioantagonistas o cuando está contraindicada la adrenalina. Ante casos graves se recomienda observación hospitalaria 24h y posterior estudio alergología.

### CC15 - MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE...

**García-Ciudad Young, V.; Fernández Souto, F.; Armas González, M.;**

*C.H.U Santiago*

MC: Fiebre y dolor suprapúbico

AP: No AMC, HTA, Tuberculosis hace 40 años. Tratamiento actual enalapril.

EA: Varón de 60 años, que acude por fiebre de días de evolución asociado a dolor suprapúbico y disuria. Desde hace 4 meses presenta Infecciones urinarias recidivantes por E. Coli.

EF: COC. BEG. Afebril.

AC: rítmico, sin soplos.

AP: murmullo vesicular conservado.

Abd: blando, depresible, doloroso a la palpación de meso-hipogastrio. Masa en hipogastrio. Peristaltismo conservado. Puño-percusión renal negativa.

MMII: pulsos presentes, no edemas.

PC:

Análítica: Leucos 11890; N71,5%; L 17,2%. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

Orina: ph 7; sangre+++; proteínas ++; nitritos +; sedimento: muy abundantes leucocitos, Hematíes 30-40/c. Se observan bacterias.

Rx torax y abdomen: sin hallazgos.

TC abdomino-pélvico: enorme masa que engloba sigma y vejiga con insignificante cantidad de líquido libre en vecindad, adenopatías y engrosamiento difuso de la pared de la vejiga y nivel hidroaéreo en su interior. Fistulización enterovesical.

Colonoscopia: incompleta dada lesión tumoral en sigma estenosante.

JC: Infecciones Urinarias. Neoplasia de sigma estenosante con infiltración e invasión vesical. Fístula enterovesical.

CONCLUSIONES: Ante la sospecha clínica de infecciones urinarias recurrentes debemos valorar si existe otro cuadro de base que las genere.

En este caso se evidencia la presencia de una fistula enterovesical, pero es importante reconocer cuando se debe derivar un caso que está fuera de alcance de las pruebas a las que tenemos acceso en Atención Primaria.

### CC16 - NO MÁS INERCIA CLÍNICA, QUE LA EVIDENCIA NOS LLAMA A GRITOS...

**García-Ciudad Young, V.; Suárez Alen, S.; Pérez Lorenzo, M.L.;**

*C.H.U. de Santiago*

MC: Deterioro del estado general y disminución de la diuresis

AP: No AMC. HTA, Diabetes, Hiperuricemia, Insuficiencia renal crónica. Tratamiento: miglitol, calcio, levocetirizina, olmesartan/hidroclorotiazida, alopurinol y trimetazidina.

EA: Mujer de 91 años con vida previa activa, independiente para ABVD

que acude a MAP por deterioro del estado general (astenia, letargia y encamamiento progresivo) y disminución de la diuresis en la última semana. No refiere síndrome miccional ni diarrea. 2 vómitos en el día previo sin otra clínica asociada.

EF: COC. BEG.

Ac: rítmica, no soplos.

AP: crepitantes en base derecha.

Abd: blando, depresible, ligeramente doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, PPR negativa.

EEl: pulsos conservados.

NRL: no signos de meningismo ni focalidad.

PC:

GSA: Na+ 104, resto dentro de lo normal.

Análítica: leucos 7.380; N 73%; Glucosa 178; Urea 51; Cr 1,2; Na+ 110; K+ 4,7.

Orina: 15-20 hematíes/c; abundante bacteriuria, 10-15 leucos/c; Na 68; K 21; Osmolalidad 228.

Rx: consolidación en base derecha.

JC: hiponatremia verdadera en relación con neumonía basal derecha.

TRATAMIENTO: Corrección de la natremia mediante sueros salinos con suplementación de cloruro sódico y actuar sobre el factor precipitante que en este caso es la neumonía utilizando antibióticos.

CONCLUSIONES: La corrección de la natremia es un factor importante para que no lleguemos a otras complicaciones como el coma, las arritmias y las convulsiones.

Las pérdidas por los vómitos y diarrea, además del uso excesivo de diuréticos son elementos clave ante este tipo de alteración.

### CC17 - TUBERCULOSIS GANGLIONAR ¿PRIMOINFECCIÓN O REACTIVACIÓN?

**Atanes Bonome, A.; Ríos Lage, P.; Pérez Fernández, A.B.;**

*Centro de Salud de Narón*

Varón, 42 años. Trabajador de conglomerados. Ex alcohólico. Fumador. Contacto previo con TB, profilaxis con cemicidón.

Paciente seguido en consulta por cervicalgia tras tráfico. En exploración rutinaria se detecta bultoma en esternodeidomastoideo izquierdo, mal delimitado, sin otra clínica acompañante, salvo dolor secundario al traumatismo.

Se inicia estudio en Atención Primaria con analítica, radiografía de tórax y ecografía de cuello; es valorado en ORL debido al crecimiento rápido de la lesión. En TAC preferente se detectan adenopatías supraclaviculares con centro probablemente necrótico, adenopatías mediastínicas y a nivel del ECM izquierdo.

Enviamos al paciente a neumología para valoración, mientras ORL realiza biopsia de lesión cervical confirmándose inflamación crónica granulomatosa con necrosis.

El diagnóstico conjunto fue de Tuberculosis ganglionar con afectación cervical y mediastínica, instaurándose tratamiento ambulatorio, apareciendo nuevo bultoma en ECM contralateral detectándose adenopatía, absceso y afectación parenquimatosa pulmonar en "Árbol en brote".

El paciente precisó ingreso por evolución tórpida. Diagnóstico final: Tuberculosis parenquimatosa pulmonar y ganglionar.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Importancia de la reevaluación sistemática ante cuadros de evolución tórpida.

Exploración detallada en dolores cervicales, no solo columna, han de considerarse las posibles áreas de irradiación.

Considerar posible reactivación de TB en pacientes que hayan recibido profilaxis aunque en su momento no se detectara foco activo.

#### CC18 - SINDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR

Atanes Bonome, A.; Maceira Castiñeira, M.; Ríos Lage, P.;

Centro de Salud de Narón

Mujer, 48 años, cuadrantectomía de mama derecha por carcinoma ductal infiltrante con 5 ganglios positivos en 2008. Quimioterapia y radioterapia adyuvante y tratamiento posterior con tamoxifeno. Dos años después se programa tratamiento con ácido zoledrónico y radioterapia por metástasis a nivel del cuerpo esternal.

Un año más tarde la paciente consulta con cuadro de fatiga intensa por el que ha acudido a urgencias en dos ocasiones sin que las pruebas realizadas objetiven ninguna causa que lo justifique.

En la exploración física se detecta adema facial leve que la paciente dice haber notado en los últimos días, y, aumento difuso de volumen en cuello con predominio derecho sin que a la palpación se localicen masas sugestivas de adenopatías. Leve IVY a 45 ° sin evidencia de circulación colateral.

Se decide traslado de la paciente al servicio de urgencias hospitalario donde se procede al ingreso a cargo de oncología. El estudio del TAC pone de manifiesto múltiples metástasis en hígado, pulmón y piel, confirmándose adenopatías mediastínicas patológicas con componente necrótico retrocava pretraqueal que condiciona compresión de vena cava superior.

RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: Nosotros somos el contacto más directo y continuo del paciente, pequeños detalles que pueden pasar desapercibidos en una revisión esporádica o ser achacados a efectos secundarios de la medicación, pueden resultar más significativos para el médico de Familia.

#### CC19 - DORSALGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Atanes Bonome, A.; Maceira Castiñeira, M.; Leira Vivero, J.;

Centro de Salud de Narón

Varón, 36 años, HTA, psoriasis, ansiedad y dislipemia. Tratamiento: Unimasdil Cuadro de 4 días de evolución de dolor dorsal irradiado hacia hemitórax derecho, inicio brusco tras levantar a su hija en brazos. No cede con ninguna postura y se incrementa con movimientos, respiración y tos. No ha respondido

a analgesia con paracetamol, aumentando incluso de intensidad. Los días anteriores a su aparición había presentado un cuadro catarral leve con afectación nasal.

TA 158/89. Afebril, eupneico. SO<sub>2</sub> 99%. ACR rítmica, sin soplos ni roce pericárdico. MVC sin ruidos patológicos. No dolor a la palpación en ningún punto anterior ni posterior de pared torácica, aunque sí con movimientos de flexo-extensión y rotación de columna dorsal. EKG: descenso del ST de V2 a V5 que no existía en previos.

Se plantearon como sospechas diagnósticas fundamentales la pericarditis o la isquemia cardíaca, organizándose el traslado del paciente al hospital de referencia donde se confirmó el diagnóstico del pericarditis y se instauró tratamiento médico domiciliario.

IMPORTANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: Ante los dolores de espalda es importante incidir en las características del mismo, su modo de presentación y evolución.

La exploración debe de ser detallada sin olvidar las probables zonas de irradiación, del dolor a nivel dorsal y teniendo siempre presente, la patología cardiovascular.

La falta de tiempo, no debe de hacernos obviar exploraciones vasculares y cutáneas.

#### CC20 - DOCTOR ESTOY CANSADA Y NO ME SOSTENGO EN PIE

Gómez, I.S.; Navia Ruiz, L.; Sixto Carreira, C.

C.H. Arquitecto Marcide -Profesor Novoa Santos

Mujer, 57 años, acude por mareo y pérdida de fuerza. Última semana aumento del consumo de AINE por dolor de espalda y disminución de ingesta.

Fumadora de 40 cig/día Bebedora moderada, HTA, DM tipo 2 de larga evolución, DL, Nefropatía diabética, microalbuminuria, Hipertransaminasemia sin diagnóstico, flutter crónico

En la exploración física destaca leve tiraje, sequedad cutáneo mucosa y disminución de fuerza mmss: 3/5; mm.ii.:2/5 de predominio proximal. No alteraciones sensitivas. ROT positivos en mmss; ausentes en mm.ii. Imposibilidad para la marcha. Musculatura hipotónica.

Dado el grado de afectación de la paciente se deriva a urgencias hospitalarias donde destacan las siguientes pruebas complementarias.

EKG: Bloqueo AV completo con Ondas T picudas y QRS ensanchado Glucosa 197, Urea 276, Creatinina 9.9 y Potasio 8.4

Nos encontramos ante una paciente con: múltiples factores de riesgo cardiovascular, que ha disminuido la ingesta en últimos días, ha aumentado el tratamiento con AINE

#### CC21 - DOLOR ABDOMINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

Portela Velasco, U.; Pérez Fernández, A.B.; Candocia Recarey, A.;

Área Sanitaria de Ferrol

Presentamos el caso de una mujer de 23 años de edad que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por dolor abdominal y vómitos.

Sin antecedentes médicos de interés, intervenida de Quiste tirogloso a los 3 años de edad. No tratamientos habituales

La paciente acude a PAC donde refiere un año de clínica de dolor abdominal y vómitos, siendo valorada en varios centros previamente con diagnósticos de gastritis, GEA, dispepsia.

EF: Sin alteraciones significativas

Tras valoración inicial, y dada la persistencia del dolor a pesar de la exploración normal se realiza ecografía en centro de salud donde se objetiva imagen a nivel de ángulo esplénico de 9 cm. de diámetro por lo que se deriva a servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio. Se realizó TAC objetivándose pseudoquiste esplénico. La paciente ingresó para intervención programa con buena evolución clínica.

**IMPORTANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:** La persistencia de síntomas en el tiempo debe hacernos reconsiderar la historia clínica y revisar la anamnesis y las pruebas complementarias realizadas. No debemos de caer en la tentación de catalogar el dolor como de origen psicógeno sin haber realizado pruebas diagnósticas racionales y orientadas.

La ecografía en atención primaria, tanto en consultas como en PAC permite el cribado de algunas patologías importantes siempre que sea realizada por un médico correctamente formado en la misma.

#### CC22 - LUMBALGIA: ¿MAL DE POTT?

Gómez, I.S.; Portela Velasco, U.; González Lorenzo, P.;

Área Sanitaria de Ferrol

Varón de 42 años con antecedentes de enolismo y tabaquismo severo activo que acude al S.Urg tras traumatismo en hombro derecho. En Rx de tórax se halla incidentalmente un nódulo en LSD por lo que es remitido a consulta de NeoPulm; donde tras realización de broncoscopia se confirma TBP, iniciándose tto tuberculostático HRZ.

Dos meses después consulta en atención primaria por empeoramiento de su lumbalgia habitual. Presenta desde hace más de un año episodios repetidos de lumbalgia de características mecánicas, con irradiación a ambos MMII y escasa respuesta a AINEs. Dado que la clínica actual del dolor presenta un patrón inflamatorio, con empeoramiento en reposo y dificultad para el descanso nocturno, es remitido al servicio de Reumatología. En Rx lumbar se objetiva disminución severa del espacio L2-L3 con respecto a Rx previas compatible con espondilodiscitis, y se solicita RMN donde se confirma espondilodiscitis L2-L3 con múltiples abscesos que condicionan estrechamiento del canal medular y desestructuración del cuerpo de L2, y afectación de ambos músculos psoas. El paciente reconoce mal cumplimiento del tratamiento pautado.

**DIAGNÓSTICO:** TBP con afectación vertebral (Mal de Pott)

**IMPORTANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:** Una modificación en las características de un dolor inicialmente mecánico y con mala respuesta al tratamiento habitual debe hacernos pensar en una patología de mayor entidad subyacente.

Recordemos investigar el cumplimiento terapéutico.

#### CC23 - UN LEVE DOLOR ABDOMINAL

de la Paz Solís, A.; Modroño Freire, M.; Herrera Díaz, L.;

Centro de Salud. A Cuña-Mariñamansa

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 45 años, veterinaria, obesa e hipertensa y sin otros antecedentes de interés salvo una apendicetomía hacia 3 años.

Acude a consulta porque en examen rutinario de su empresa se detecta GGT de 38 mg además de presentar dolor leve intermitente en hipocondrio derecho.

Repetimos la analítica con GGT 44, GOT 25, GPT 34 y marcadores tumorales: CEA 7.84, CA 125 de 21.80 y Ca 19.9 de 28.70. Durante este tiempo el dolor se hace más persistente y solicitamos una eco abdominal y posteriormente un Tac evidenciándose "Engrosamiento peritoneal difuso de aspecto micronodular sin identificarse masas ováricas ni uterinas" planteándose como posibilidades diagnósticas: Tuberculosis/Carcinomatosis y derivamos por tanto a la paciente para seguimiento en especializada.

El diagnóstico definitivo que precisó laparotomía diagnóstica con Biopsia fue "Metástasis de carcinoma mucosecretor de apéndice".

**RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA:** La carcinomatosis peritoneal es una entidad poco frecuente, y los casos en mujeres es debido a metástasis de origen ginecológico principalmente. En nuestro caso, el origen apendicular, es realmente raro, ya que el diagnóstico de carcinoma mucosecretor de apéndice en España ocupa del 2-5% de todos los tumores apendiculares.

#### CC24 - PICADURA DE GARRAPATA EN TOBILLO

Veiga Domínguez, J.R.; Amigo Dobaño, M.C.; Ulesova, S.;

Centro de Salud Val Miñor

Varón de 70 años. Antecedentes de HTA. Consulta por fiebre de 39°C desde hace 3 días. Parestesias, adormecimiento y dolor intermitente en tobillo que le despierta de madrugada, con aparición de una lesión cutánea negruzca. Recientemente acudió a una cacería. Reside en zona semiurbana.

**Exploración física:** Lesión en tobillo izquierdo, ovalada de aproximadamente 3 cm de diámetro, con centro negruzco, necrótico, zona eritematosa perilesional y halo inflamatorio. Resto normal.

**Pruebas complementarias:** 17.000 leucocitos/ml, VSG 56. Resto sin alteraciones. No se solicitaron pruebas de imagen ni cultivo.

**Hipótesis diagnóstica:** Con la sospecha de picadura de garrapata se inicia tratamiento empírico con doxiciclina 100 mg c/12 horas, 14 días. Después de 2 días percibe recuperación de la sensibilidad y cede la limitación funcional.

**RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:** En nuestro medio las picaduras por garrapatas son relativamente frecuentes. En los últimos 10 años se reportaron unos 85 casos de fiebre botonosa. Ésta se transmite por la picadura de la garrapata parda del perro (*Rhipicephalus sanguineus*). En pacientes del rural, que no han visualizado la garrapata, aún así debe considerarse la posibilidad de fiebre botonosa, sobre todo cuando presenten clínica inflamatoria o febril. El médico de AP suele ser el primero en valorar estos cuadros. Para evitar complicaciones siempre se debe realizar una buena anamnesis.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Toxicodermias.

Exantemas virales y bacterianos: sarampión, rubéola, escarlatina  
Otras rickettsiosis.

**CC25 - HTA Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA****González Belmonte, G.; Basadre Rodríguez, B.; Mateos Lorenzo, J.;***061 Medicalizada Base de Foz*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 39 años que acude a consulta refiriendo síncope en su trabajo, registrándose PA 190/90.

AP: Asma bronquial (tratamiento con singulair). Fumadora de 10 cigarrillos/día. Exposición accidental a contaminación tuberculosa (quimioprofilaxis: isoniazida).

Cuadro de estrés agudo por fallecimiento de su madre, posterior IAM de su padre y problemas con la vecina que agrede a la paciente y a su familia (proceso judicial abierto).

AC: soplo sistólico foco aórtico I-II / VI. EKG normal.

Se pide AMPA, analítica y MAPA de 48 horas. Se pauta antidepresivo, ansiolítico y medidas conductuales.

AMPA: desviaciones en valores de PA a lo largo del día. Analítica: microalbuminuria positiva (normal en segundo control).

MAPA: PA media periodo actividad 141.6/91.8; PA media periodo descanso 106.8/64.6. Patrón nocturno dipper extremo.

Radiografía torácica, Ecografía abdominal y Ecocardiograma sin alteraciones.

Se confirma el diagnóstico de HTA.

Se trata con un B-bloqueante que actúe tanto en sus cifras de PA como en su clínica ansiosa (propranolol), con mejoría. Se remite a psicología y a psiquiatría, realizando intervención conductual y ajuste de tratamiento.

RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: Debemos prevenir y detectar nuevos casos de HTA, pero no podemos olvidar la asociación entre ansiedad y HTA, indagando en la entrevista clínica la posibilidad de empeoramiento por componente emocional asociado y diagnosticando otra patología prevalente en nuestro medio: el trastorno de ansiedad generalizada.

**CC26 - DOCTORA, ¿NO PUEDO ABRIR LA BOCA!****Sixto carreira, C.; Pérez-Bustamante Hernández, P.; Pérez Fernández, A.B.;***C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos*

Paciente varón de 26 años, sin antecedentes personales de interés, que acude por cuadro de aproximadamente un mes y medio de evolución, de dolor dental a nivel de último molar de arcada dental inferior-derecha, no fiebre ni otra sintomatología. Su MAP, pauta tratamiento con AINEs y recomienda visita al odontólogo para revisión. Un mes después persisten molestias por lo que su MAP pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125mg 1cp/8h durante 8 días. Acude de nuevo porque pese a inicio del tratamiento antibiótico, comienza con trismo y presenta a los 4 días de tratamiento incapacidad para la apertura bucal casi total. No fiebre ni sensación distérmica. Ligera odinofagia sin disfagia. No otra sintomatología por aparatos.

A la exploración: bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo, TA 125/78mmHg, Fc 65lpm, Tª 36.2°C. Adenopatías látero-cervicales-derechas. ORL: otoscopia bilateral normal, signo del trago bilateral negativo; orofaringe

(por fibroscopia) ligeramente hiperémica, sin exudado, no hipertrofia amigdalares. Trismo. Resto de exploración por aparatos, normal.

En las exploraciones complementarias: analítica (hemograma, coagulación y bioquímica) normales, TAC craneo-cervical: absceso pterigoideo.

Tras administración de tratamiento antibiótico y antiinflamatorio y drenaje del contenido del absceso se produce la progresiva mejoría clínica.

Importancia desde el punto de vista de atención primaria: primer punto de atención de patología dentaria, muy frecuente y control de las posibles complicaciones de la misma.

**CC27 - TOS SECA Y ENFERMEDAD MULTISISTÉMICA****Cabanas López de Vergara, B.; González Paiva, A.; Pérez García, M.;***P.A.C. Monforte de Lemos. P.A.C. Ribadavia. C.Salud Lalín.*

DESCRIPCIÓN: Varón 37 años consulta por presentar cuadro de tos seca de dos meses de evolución, no mejoría con tratamiento sintomático. Asma desde la infancia a tratamiento con esteroides, varios episodios de conjuntivitis, sequedad en mucosa oral, mialgias. Ingreso previo por dolor torácico, en RX tórax infiltrados reticulares.

Afebril. ACP normal, no adenopatías.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Causas de infiltrados reticulares: Infecciones, tumores, enfermedades de depósito, alveolitis alérgica, sarcoidosis.

Como causas de sequedad de mucosas y mialgias: patología autoinmune. Pruebas complementarias: analítica normal, EKG normal. Calcio elevado, RX persisten infiltrados, informe oftalmología conjuntivitis, ojo seco. Biopsia pulmonar confirma sarcoidosis.

RELEVANCIA: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, no infecciosa.

Produce depósitos de granulomas en tejidos. Buen pronóstico, tratar sus complicaciones y sospecharla ante una tos persistente como en este caso.

**CC28 - ENFERMEDAD CELÍACA Y LINFOMA INTestinal****Cabanas López de Vergara, B.; Ocampo Martínez, R.;***P.A.C. Monforte de Lemos. Complejo Hospitalario de Vigo.*

DESCRIPCIÓN: Varón 39 años, asma, alergia a proteínas de huevo y anchoa, artroscopia de rodilla. Clínica de dolor abdominal, irritación peritoneal compatibles con obstrucción intestinal. Intervenido de urgencia, tumoración estenosa yeyuno. Linfoma T asociado a enteropatía afectando médula ósea. Anemia, hipoproteinemia secundarias a malabsorción. 8 ciclos de tratamiento quimioterápico, recogida de stem-cell. Tipaje HLA de sus 6 hermanos, compatible con tres.

HLA A2A3 B7B57 DR4DR15

Exitus, recidiva tumoral tras 11 meses.

RELEVANCIA: La enfermedad celíaca se debe a alteraciones en la regulación inmunitaria.

Afecta 1% población. Déficit células T implicado en pérdida de tolerancia y sensibilidad al glúten.



Considerada enfermedad de infancia, pero la mayoría de los casos son diagnosticados en adultos con peor pronóstico. Riesgo de linfoma no Hodgkin mayor y también en hermanos de pacientes.

Es un problema sanitario que requiere un esfuerzo de investigación multidisciplinario.

Análisis de sistemas mayores de compatibilidad revelan marcadores. El HLA DR4 está asociado al antígeno de histocompatibilidad HLADQ8 que junto con el HLA DQ2 se asocia a esta enfermedad. Aconsejable investigar familiares próximos de los enfermos. Presentan incidencia de enfermedad subclínica 4% y mayor incidencia de neoplasias, asociándose retraso diagnóstico con un aumento de mortalidad, evitándose con suspensión indefinida del glúten en dieta.

### CC29 - UN CLÁSICO A PARTIR DE LA INFANCIA

**Cortés Ayaso, M.; Teijo Figueiras, P.; Noya Vázquez, L.; López Seijas, C.S.;**  
*Centro de Salud Conxo*

**MOTIVO DE CONSULTA:** Varón 40 años con masa testicular y dolor de una semana de evolución.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Intolerancia AINES, cirugía criptorquidea a los 2 años, infertilidad, tuberculosis, RGE, Vértigo Menière.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Teste derecho aumentado de tamaño, de consistencia dura, doloroso a palpación. No adenopatías locorrejonales. Resto de exploración normal.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Ecografía testicular: testículo derecho aumentado de tamaño, ecogenicidad heterogéneas con zonas sugestivas de necrosis y ausencia flujo doppler.

**EVOLUCIÓN:** Dada la edad y la sospecha de neoplasia se deriva a urgencias, ingresa en Urología para estudio y le realizan orquiectomía radical derecha. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de sospecha: SEMINOMA CLÁSICO.

**CONCLUSIÓN:** Los tumores testiculares son los más frecuentes en hombres de 15 a 35 años, siendo el seminoma el más común. Los tumores testiculares, por su rápido crecimiento, suelen diagnosticarse pronto. Entre los factores de riesgo destaca la criptorquidea (3 a 10 veces mayor probabilidad de malignización que testículo normodescendido).

Toda masa testicular debe considerarse un tumor maligno. Para el diagnóstico se debe realizar ecografía testicular, analítica con marcadores tumorales y TC tóracoabdominal.

El tratamiento es quirúrgico, con tratamiento adyuvante (quimio-radioterapia) según histología y extensión. En nuestro caso no ha recibido quimioterapia, hace controles en Oncología por el alto porcentaje de recidivas de estos tumores.

### CC30 - DESPUÉS DE 2 AÑOS, VOLVEMOS A EMPEZAR

**Cortés Ayaso, M.; Teijo Figueiras, P.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.;**  
*Centro de Salud Conxo*

**MOTIVO DE CONSULTA:** Mujer 78 años, lesiones dolorosas en cara interna de pierna derecha de 2 años de evolución. Desde hace 2 semanas nuevas lesiones en la misma pierna y contralateral. Tos seca de un año de evolución.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** HTA. Dislipemia. Tratamiento: Ezetrol, enalapril, adiro, urotrol.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** General normal.

**Dermatológica:** en cara interna y posterior de piernas derecha lesiones nodulares con centro deprimido y piel eritematoviolácea, algunas con descamación central, doloroso a palpación.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Análisis sangre: normal.
- Serologías (lúes, VHB, VHC, VIH): negativas.
- RX tórax: enfermedad en ambos lóbulos superiores de aspecto fibrocicatricial con pequeñas opacidades nodulares en probable relación con tuberculosis.
- Mantoux: positivo.
- BAAR orina, heces, esputo: negativo.
- Biopsia cutánea: paniculitis, BAAR negativo.

**JUICIO CLÍNICO:** Eritema indurado de Bazin.

**CONCLUSIÓN:** El eritema indurado de Bazin es una paniculitis lobulillar con vasculitis pequeño y mediano vasos. Son placas o nódulos de curso crónico y recurrente, en cara posterior y lateral de piernas y con tendencia a la ulceración. Se considera una reacción de hipersensibilidad a *Micobacterium tuberculosis* diseminado o algún antígeno. Así, hay que realizar un buen estudio para detectar enfermedad tuberculosa.

En pacientes con sospecha de enfermedad tuberculosa, como la nuestra, se debe tratar con pauta clásica de tuberculostáticos. Con el tratamiento se resuelven las lesiones existentes y se evitan las recaídas.

### CC31 - DE COLITIS A ARTRITIS

**Cortés Ayaso, M.; Teijo Figueiras, P.; López Seijas, C.S.; Villanueva García, Y.;**  
*Centro de Salud Conxo*

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor y tumefacción articular.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Fumador 30 cig/día, cirugía tendones flexores mano izquierda.

**ANAMNESIS:** Varón 30 años con cuadro de 4 días de evolución de dolor y tumefacción en tobillo derecho, añadiéndose rodillas y tobillo izquierdo. Una semana antes refiere diarrea líquida (8 deposiciones/día) con sangre y fiebre hasta 39°C. No otra sintomatología por aparatos.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA 142/78 Tª 37.2

Exploración general normal.

**Locomotor:** sinovitis rodilla izquierda con derrame articular moderado y en ambos tobillos. Maniobras sacroilíacas negativas. Movilidad axial conservada. Genitourinario normal. Tacto rectal normal.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica sangre y orina: normal
- Inmunología: HLAB27 positivo
- RX pelvis: sacroileítis bilateral simétrica.
- Serologías, hemocultivo, urocultivo y cultivo líquido articular: negativo.
- Coprocultivo: Yersinia enterocolítica grupo 1.

JUICIO CLÍNICO: Probable artritis reactiva.

DISCUSIÓN: La artritis reactiva es una inflamación articular estéril descrita después de infecciones de vías gastrointestinales o genitourinarias. Los gérmenes frecuentes son: Chlamydia trachomatis, Salmonella, Shigella, Yersinia y Campylobacter.

Afecta con más frecuencia a hombres jóvenes.

En el tratamiento no está indicados los antibióticos. Se recomienda el tratamiento propio de la artritis: medidas físicas, antiinflamatorios, corticoides. La mayoría presentan buena evolución, pero en algunos casos, como el de nuestro paciente, el proceso se cronifica y evoluciona a espondilitis. En estos casos se utiliza en el tratamiento fármacos moduladores de enfermedad.

**CC32 - FARINGITIS POR VIRUS DE EBSTEIN-BARR Y ESTREPTOCOCO**

**Rodríguez García, F.J.; Mauriz Montero, R.; López Curbeira, Y.; Prieto Formoso, M.;**

*SAP Narón*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 18 años; consulta en Atención Primaria por fiebre, odinofagia y síndrome general de siete días. Exploración física: hiperemia faríngea con exudado incipiente, adenopatías cervicales bilaterales incluyendo posteriores.

Con presunción de mononucleosis infecciosa (MO) se trata con paracetamol y reposo, solicitando serología para virus de Epstein-Barr (EBV). El paciente mejoró inicialmente con remisión de fiebre, odinofagia y malestar general.

Acude una semana después, confirmándose infección aguda por EBV: leucocitosis con linfocitosis y linfocitos activados, elevación de transaminasas (GOP/AST 109 UI/L, GPT/ALT 232 UI/L), IgM VCA, EBV positivo, IgG VCA, EBV positivo, serología negativa para citomegalovirus, virus de hepatitis B y toxoplasma. El paciente empeora y presenta fiebre (38 °C), faringe hiperémica y exudado bilateral en amígdalas y esta fluctuación clínica tras su mejoría inicial sugiere realizar test rápido de estreptococo β-hemolítico del grupo A (EGA), (DIRECTIGEN®), con resultado positivo. El paciente recibió claritromicina 250 cada 12 h, 10 días, con buena evolución.

IMPORTANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: La coinfección por el EBV y el EGA debe considerarse, aunque el EGA puede aislarse en faringe (30 %) de pacientes con MO, dada la frecuencia de portadores.

Los test rápidos para diagnóstico del EGA tienen elevada especificidad (95%) y su resultado positivo hace innecesario cultivo para confirmación, aunque su sensibilidad es variable (75-90).

**CC33 - A LA VEJEZ ... AMPOLLAS**

**Teijo Figueras, P.; Cortés Ayaso, M.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S.;**  
*Centro de Salud de Vita, Centro de Salud de Conxo,*

MOTIVO DE CONSULTA: Varón, 88 años con lesiones ampollosas distribuidas por todo el cuerpo

ANTECEDENTES PERSONALES: Agricultor, HTA, Cardiopatía Isquémica: IAM anteroseptal, Aneurisma ventricular, Colon irritable, Hiperlipemia, IVC, Sdme Depresivo, EPOC, Adenocarcinoma de próstata, Incontinencia urinaria, IRC, IQ previas: lesión quística intestinal.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Ampollas grandes, tensas, que se asientan sobre piel normal, algunas con contenido líquido seroso y otras con contenido hemorrágico.

Se encuentran localizadas fundamentalmente en parte inferior de las piernas, cara anterior de los antebrazos y alguna en tórax.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dado el estado basal del paciente (encamado) y la comorbilidad asociada, se realizó Tele dermatología; quienes diagnosticaron por sospecha clínica e indicaron el tratamiento. No se realizó ninguna otra prueba, salvo la observación de la buena respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES: El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune que se presenta en forma de una erupción ampollosa crónica.

Afecta fundamentalmente a pacientes entre 60 y 80 años.

El término "penfigoide" es utilizado para un grupo de enfermedades que comparten unas características clínicas de vesículas y ampollas.

Se trata con prednisona vía general con dosis iniciales de 50-100 mg/día hasta la desaparición de las lesiones. En casos muy leves y en las recidivas locales puede resultar beneficiosa la terapia tópica con glucocorticoides.

A menudo los pacientes experimentan una remisión permanente y no precisan tratamiento.

**CC34 - ENFERMEDAD DEL SUEÑO EN NUESTRO MEDIO. CASO CLÍNICO.**

**Cabanas López de Vergara, A.; Cabanas López de Vergara, B.;**

*Colegio Oficial de Farmacéuticos de Orense; P.A.C. Monforte de Lemos. Lugo.*

DESCRIPCIÓN: Varón 55 años, VIH +, procedencia Guinea Ecuatorial. Clínica de evolución lenta, astenia, fiebre, hepatoesplenomegalia, signo de Winterbottom.

Anemia normocítica normocromica Hb8,2g/dl. Trombopenia: 145.000/μl  
Velocidad de sedimentación: 100mm/h

IgM suero: 1740 mg/dl.

Coprocultivo : Flora normal. No Parásitos en heces.

Sangre Periférica: Ausencia de Plasmodium ni Filarias en sangre.

Se deriva a Urgencias.

Punción lumbar: Tripanosoma brucei en LCR

Aspirado de Medula Ósea: Tripomastigotes tinción Field

### CC35 - ANGOR INTESTINAL EN MUJER JOVEN EMBARAZADA

Sixto Carreira, C.; Pérez-Bustamante Hernández, P. .; Pérez Fernández, A.B.;  
C.H. Arquitecto Marcide Novoa Santos

Mujer de 37 años, gestante de 14 semanas, con antecedentes de:G2P1A0, a tratamiento con metildopa 250mg (1/12h).Acude por cuadro,de una semana de evolución,de dolor epigástrico continuo no irradiado postprandial, sin náuseas/vómitos/diarrea, no sd miccional ni fiebre;que no mejora pese a tratamiento con ranitidina.

A la exploración: bien hidratada y perfundida, TA 134/82mmHg, Fc 64lpm, afebril y eupneica en reposo; abdomen blando,depresible,no megalias ni masas,doloroso a palpación en epigastrio, Blumberg y Murphy negativos,peristaltismo conservado.Resto de exploración normal.

En las pruebas complementarias:hemograma con 300.000 plaquetas, resto normal,coagulación normal;en la bioquímica destaca FA 339,GOT 76,GPT 159,GGT 43, amilasa,bilirrubina,hs tiroideas normales;ANAs,ACAs,ANCAs,beta2 microglobulina,CEA,CA 19.9,CA 125,CA 15.3, Ac antimitocondriales,anti-LKM,Ac antimusculo-liso,ac anticoagulante lúpico,anti-beta glicoproteína,mutación del gen de protrombina y gen tetrahydrofolato negativos;serología VHB,VHC,VHA negativas. En la ecografía abdominal:trombosis de la vena mesentérica superior extendida a la vena porta,parcialmente permeable,encontrándose respetada la vena esplénica.

Se inicia tratamiento anticoagulante con HBPM con buena evolución clínica y ecográfica. Al final de la gestación cambia a acenocumarol.

Desde Atención Primaria resulta interesante destacarlo dado que llevan el control evolutivo de la gestación normal, el estudio de la hipertransaminasemias y de los síndromes procoagulativos(siendo la situación hormonal del embarazo un posible desencadenante)

### CC36 - POLISEROSITIS, ¿QUE ES LO QUE ESCONDE?

Cortés Ayaso, M.; López Seijas, C.S.; Villanueva García, Y.; Teijo Figueiras, P.;  
Centro de Salud Conxo

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor torácico y fiebre

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias  
Infecciones urinarias de repetición ( aislamiento Klebsella urocultivo)  
No tratamientos habituales

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 24 años que acude por cuadro de dolor en ambos hemitórax de 15 días de evolución, no irradiado y desde hace 24 horas fiebre de 39°C.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Tª 39,1°C TA 128/74 FC 103 lpm  
Buen estado general, no impresiona de gravedad.  
AC: roce pericárdico sobre todo en foco mitral  
AP: disminución murmullo vesicular en ambas bases pulmonares.  
ABD: ligeramente distendido

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica y orina urgente: normal

Radiografía de Tórax: derrame pleural bilateral de mayor cuantía en hemitórax izquierdo

Ecografía abdominal: ascitis.

Ecocardiograma: derrame pericárdico global moderado de localización sobre todo inferior y lateral.

Nuevo control analítico: Ac. AntiDNA positivo, ANA-DP3, C3 0,9 g/l, C4 0,25 g/lm células LE y Factor reumatoide negativos.

DIAGNÓSTICO: Poliserositis en el curso de LES

CONCLUSIÓN: La poliserositis grave es una forma clínica de debut en pacientes con LES. Este cuadro muestra una respuesta satisfactoria a los corticoesteroides y no necesita otro tipo de medidas terapéuticas, que fue el caso de nuestra paciente manteniéndose asintomática con altas dosis de corticoides. La no existencia de medios diagnósticos retrasa el comienzo del tratamiento que en estos pacientes se hace imperioso dada la gravedad del cuadro.

### CC37 - DOCTOR, NO SIENTO LOS DEDOS

Teijo Figueiras, P.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S; Cortés Ayaso, M.;  
Centro de Salud Vite

MOTIVO DE CONSULTA: Pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo

ANTECEDENTES PERSONALES: Hipotiroidismo. Fumadora 10 cigarrillos/día

TRATAMIENTO: Eutirox

ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer de 34 años que acude por cuadro de parestesias y pérdida de fuerza en 4º y 5º dedo de mano izquierda; junto con cefalea opresiva fronto-parietal que cede con AINES.

EXPLORACIÓN FÍSICA: NRL: disminución de fuerza de 4º y 5º dedos de mano izquierda junto con pérdida de sensibilidad en 5º dedo mano derecha. ABD: hepatomegalia de 3 traveses de dedo resto normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica sangre/orina: normal.

Rx Tórax: nódulo pulmonar en LID y opacidades mal definidas en LSI

TAC craneal: masa hiperdensa frontoparietal derecha compatible con metástasis cerebral.

JUICIO CLINICO: LOES cerebrales, nódulos pulmonares y hepatomegalia.

DISCUSIÓN: El cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente en los países desarrollados, con un alarmante incremento en la mujer. El tipo histológico más frecuente en pacientes jóvenes es el Adenocarcinoma. Los primeros síntomas suelen ser extratorácicos, por el desarrollo de metástasis precoces. Lo interesante de nuestro caso clínico es como las manifestaciones iniciales de la paciente se limitan al sistema nervioso, y muestran síntomas y signos compatibles con una lesión expansiva intracranial. La ausencia de síntomas respiratorios en una paciente con diagnóstico final de un cáncer de pulmón puede entorpecer el diagnóstico inicial y retrasar la conducta terapéutica.

### CC38 - ALGO MÁS QUE UNA INFECCIÓN URINARIA

Cortés Ayaso, M.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S; Teijo Figueiras, P.;  
Centro de Salud Conxo

MOTIVO DE CONSULTA: Lesiones cutáneas y disuria.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias. EX→ADVP ( 1993). VIH y VHC Consumo excesivo de alcohol.

TRATAMIENTO: Truvada y Kaletra

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude por disuria y lesiones cutáneas de un mes de evolución en región facial y miembros superiores. Son lesiones ampollasas que luego forman costras.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 146/76 Tº 36.8°C

Múltiples lesiones crónica ampollasas algunas evolucionadas y con hiperpigmentación en dorso de manos, antebrazo y cara.

AC: taquicárdico. Resto normal.

Análítica: bilirrubina total 1,1 ( directa 0,6). GOT 93, GPT 78, GGT 119.

Orina: bilirrubina ++, acetona +++, urobilónogeno +. Sedimento: abundantes gérmenes. Con luz de WOOD r refringencia Rojo coral intenso.

Porfirias en suero: 375 ( VN 0-9)

JUICIO CLÍNICO: Porfiria Hepato-cutánea Tarda.

CONCLUSIONES: La porfiria cutánea tarda en la forma más común de porfiria, esta puede ser hereditaria o adquirida. Dentro de los factores desencadenantes el VHC es el más prevalente junto con el consumo excesivo de alcohol. En algunos estudios la consideran como una manifestación extrahepática de la infección por el VHC. Dado el carácter multifocal de esta entidad es muy importante la realización de una buena historia clínica para poder identificar todos los factores de riesgo asociados ( VHC, VIH) y desencadenantes exógenos ( consumo excesivo de alcohol) que contribuyen a su desarrollo para lograr un control satisfactorio de la enfermedad una vez instaurado el tratamiento.

### CC39 - DOCTOR, VEO DOBLE

**Teijo Figueiras, P.; Cortés Ayaso, M.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S;**  
*Centro de Salud Vite*

MOTIVO DE CONSULTA: Varón, 32 años que consulta por diplopia.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No AMC
- Fumador de 4-6 cigarrillos/día
- Fumador ocasional de marihuana

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC. Lenguaje normal. Isocoria y normorreactividad pupilar. Diplopia horizontal más acusada en la mirada hacia la izquierda sin paresia clara de ningún músculo extraocular. Nistagmo horizontrotatorio que no se agota en la mirada extrema a ambos lados, más evidente hacia la derecha. No hemianopsias. PC normales. Fuerza, tono y trefismo de las cuatro extremidades normal. Sensibilidad normal. ROT normales. Reflejos cutáneo-plantares flexores. Pruebas cerebelosas normales. No signos meníngeos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análítica sanguínea (H,B,C) y orina: normal
- ENMG: dentro de la normalidad. Sin datos sugestivos de

polineuropatía de fibras gruesas ni enfermedad de la unión neuromuscular en el momento actual.

- TAC: normal
- RM cerebral: sin evidencia de lesiones en el parénquima encefálico. Sistema ventricular centrado, de tamaño y morfología dentro de los límites normales. Espacios subaracnoideos libres.

JUICIO CLÍNICO: Neuritis isquémica VI par.

CONCLUSIONES: El síntoma principal de la parálisis del VI par craneal es la diplopia horizontal. Las causas más frecuentes son las isquémicas, seguidas de tumorales y postraumáticas. Para el diagnóstico es imprescindible una buena anamnesis, exploración neurológica y oftalmológica. El tratamiento es el de la causa. Suelen tener muy buena evolución, con recuperación completa.

### CC40 - DOLOR EN TOBILLO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN

**Guede Fernández, C.;**

*C.H.U. de Vigo*

Mujer de 58 años con osteoporosis, acudió al servicio de Reumatología remitida por su médico de Atención Primaria. Presentaba un cuadro de dolor de 3 meses de evolución, en zona lateral del tobillo derecho de comienzo agudo, estando en reposo. Fue en aumento hasta dificultar la deambulación. En la exploración física destacaba tumefacción y eritema del maléolo externo, sugestivos de hematoma con dolor a la palpación y a la movilización pasiva sin datos de derrame articular. Se solicitó radiografía simple de tobillo derecho donde se objetivaron datos de esclerosis en zona peroneal y tibial sugestivos de callo de fractura. Fue diagnosticada de fractura por insuficiencia ósea peronea y tibial siendo remitida al servicio de Traumatología para nueva valoración.

La fractura por insuficiencia ósea (FIO) aparece en un hueso con resistencia elástica disminuída. Más frecuente en mujeres, edad entre 50-60 años. Presenta como factores de riesgo, la osteoporosis, artritis reumatoide, enfermedad de Paget, radioterapia, entre otros. Se manifiesta con deformidad articular y edema, dolor agudo y progresivo de características mecánicas y limitación funcional. Desde Atención Primaria se debe pensar en su existencia ya que su diagnóstico es tardío con frecuencia. El envejecimiento de la población aumentará la incidencia de esta entidad. Por ello, los médicos de familia deben conocer cómo realizar una correcta prevención actuando sobre los factores de riesgo de la población.

### CC41 - MUJER DE 30 AÑOS CON DOLOR PÉLVICO

**Arias Amorín, I.; Pérez Vázquez, C.; Carrodegas Santos, L.;**

*Centro de Salud Cambre*

DESCRIPCIÓN: Mujer de 30 años, fumadora habitual de 15 cigarrillos/día. Sexualmente activa y pareja estable. Con antecedentes de salpingectomía y resección en cuña de ovario izquierdo tras absceso tubárico hace un año. Nos consulta por sensación molesta en hipogastrio y fosas ilíacas de un mes de evolución, más intenso que dolor premenstrual. Desde hace dos días presenta febrícula y aumento de dolor a nivel de fosa ilíaca derecha. En la exploración: normotensa, febrícula(37,6°C); la palpación abdominal es dolorosa en fosa ilíaca derecha, sin signos de peritonismo. Resto de exploración normal. Hacemos un tacto vaginal y dolor a palpación de fondo de saco y en movilización de cuello uterino. Realizamos una ecografía y se aprecia masa a nivel tubárico derecho. Remitimos a Urgencias, se le realiza un TAC y se aprecia un absceso a nivel tubárico derecho de 4x3 cm de tamaño. Se pauta

tratamiento antibiótico intravenoso, que dada la estabilidad de la paciente, se deriva y trata desde el domicilio.

**RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:** Envío este caso para realizar un repaso del diagnóstico y tratamiento, muchas veces domiciliario, de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, frecuente en mujeres jóvenes y sexualmente activas. Es importante pensar en esta posibilidad frente a un dolor pélvico, dado que el rápido diagnóstico permite un tratamiento precoz y evita los efectos secundarios frecuentes como la esterilidad.

#### CC42 - ALGO MÁS QUE AGUJETAS...

**García-Ciudad Young, V.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S.;**

*C.H.U. Santiago*

MC: Mialgias en miembros inferiores.

AP:NAMC. No cirugías ni enfermedades conocidas. Consumo ocasional de estupefacientes(MDMA).No tratamientos domiciliarios.

EA: Paciente que acude por mialgias en miembros inferiores (sobre todo pantorrillas y muslos) tras la realización de actividad física intensa(jugador de fútbol). Dolor intenso que le impide la deambulacion. Refiere que presenta orinas coléricas y en días previos reconoce consumo de MDMA.

EF: COC. BEG. Afebril. Exploración anodina salvo dolor a la palpación a nivel de cuádriceps y gemelos de ambos miembros inferiores, pulsos conservados. PC:

Análítica: GOT 194, GPT 40, CK 14322, Mioglobina 19257, Urea 37, Creatinina 1,1. Resto de los parámetros:normales.

Orina: bilirrubina +, Sangre +++. Sedimento normal

JC: Rabdomiolisis secundaria a ejercicio intenso

**CONCLUSIÓN:** La rabdomiolisis es un síndrome clínico y analítico provocado por acumulación de sustancias tóxicas resultantes de la necrosis del músculo esquelético. Tradicionalmente se describió asociada a traumatismos pero existen otras etiologías: fármacos, infecciones, ejercicio,etc. La clave para el diagnóstico es la sospecha clínica, la tríada clásica está constituida por mialgias, debilidad muscular y orina oscura. Es importante realizar un diagnóstico precoz para instaurar tratamientos adecuados y evitar complicaciones (insuficiencia renal aguda, arritmias, coagulación intravascular diseminada, fracaso renal agudo y muerte). En resumen, el éxito del tratamiento radica en una rápida sospecha clínica, la hidratación parenteral enérgica y la corrección de las alteraciones electrolíticas.

#### CC43 - ME CUESTA IR AL BAÑO

**Teijo Figueiras, P.; Cortés Ayaso, M.; López Seijas, C.S; Villanueva García, Y.;**

*Centro de Salud Vite*

**MOTIVO DE CONSULTA:** Mujer 37 años, acude por dolor anal, estreñimiento, dificultad para la micción, insensibilidad y calambres en región en zona sacra. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Asma bronquial, Hepatitis A, Artrosis, Miomas uterinos, IQ: amigdalectomía y varicectomía

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Sin hallazgos.

Tacto rectal: en cara anterior se aprecia nódulo extramucoso. Dolor en cara posterior del ano sin apreciarse lesión evidente.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Rx columna lumbosacra: radiopacidad densidad calcio que se proyecta en el hipocondrio izquierdo.

- TAC pélvico: lesión ovoidea presacra izquierda con unos diámetros aproximados de 5x4cm, hipodensa, con un valor de atenuación medio en rango de líquido. Mínima cantidad de líquido libre en pelvis.
- RMN: masa quística presacra a la altura de S4-S5 de 3,5 x 5,3 x 4,2 cm. con nivel líquido en su interior (líquido y septaciones muy finas) Fino realice periférico al contraste, sin nódulos sólidos. No se demuestra realce en las septaciones. Pequeños quistes periradiculares de Tarlov a otros niveles

**CONCLUSIONES:** Los quistes aracnoideos son estructuras patológicas benignas, cavidades rellenas de líquido similar al LCR dentro de una membrana indistinguible a la aracnoideas.

Se producen durante la división de la aracnoideas.

Constituyen un diagnóstico típico de la infancia. Las localizaciones más frecuentes son la cisura de Silvio y la fosa posterior, siendo raros a nivel espinal. Solo se recomienda cirugía cuando son sintomáticos.

#### CC44 - TACTO RECTAL: MÉDICO QUE NO METE EL DEDO, METE LA PATA

**Cantero Quiros, M.M.; Rojas Rodríguez, D.M.; Valverde Novillo, M.;**

*Zona Básica de Salud de Camas*

Mujer, 58 años, sin antecedentes personales de interés.

Desde hace 15 días en tratamiento con dexketoprofeno y omeprazol por sospecha de cuadro gripal.

En la última semana, refiere, astenia. Avisan por presentar cuadro presincojal (sin pérdida de conocimiento) sudoración profusa al subir una cuesta. Describe dolor en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho sensación de retortijones y tenesmo rectal.

Exploración física: consciente, orientada y colaborada, palidez mucocutánea. ACP: rítmico no ausculto soplos, crepitantes bibasales. Abdomen: blando, sensibilidad dolorosa en epigastrio sin otro hallazgo.

Tensión arterial 90/60. Fc: 75 lpm. Glucemia al azar: 181 mg/dl.

E.k.g: ritmo sinusal a 75 lpm, no alteraciones de la repolarización.

Realizo tacto rectal: dedo de guante manchado de sangre rojiza.

Se envía a Urgencias hospitalarias por sospecha de rectorragia y tras pruebas complementarias realizadas analítica con hb de 10,4, VSG 77, sideremia normal. Solicitan colonoscopia con resultado y juicio diagnóstico de neoplasia colónica a nivel de la válvula ileocecal sin evidencia de metástasis.

**RELEVANCIA:** consideramos que el tacto rectal es una técnica fácil, útil desde atención primaria e indicada en distintas situaciones, tales como la presencia de síntomas proctológicos (rectorragia). Ofrece información valiosa e insustituible. A pesar de todas las connotaciones populares que sobre todo los varones le da al tacto rectal, "médico que no mete el dedo mete la pata", por lo que el buen médico seguirá realizando tacto rectal.

#### CC45 - HIPOESTESIA EN HEMICARA.

**Gómez Fernández, P.M., Espiñeira Brañas, M.I.;**

*Centro de Salud. San José B, A Coruña*

Varón de 34 años sin antecedentes de interés.

Acude a la consulta por hipoestesia del hemicuerpo izquierdo desde hace unos días.

La exploración neurológica y constantes son normales, excepto una discreta hipoestesia en hemifacies izquierda.

Se solicita analítica.

Acude a consulta a la semana siguiente. Persiste la disminución de la sensibilidad en hemicuerpo izquierdo además ahora refiere visión doble.

No hay nistagmus ni paresia de la musculatura ocular pero se objetiva inestabilidad marcha con un Romberg positivo y dismetría dedo-nariz izquierda.

Se remite a urgencias.

En la RMN se aprecian: Grandes placas de desmielinización que asientan en la sustancia blanca subcortical parietal posterior derecha, sustancia blanca periventricular izquierda y cuerpo calloso.

**DIAGNÓSTICO:** Esclerosis Múltiple

La EM es tres veces más frecuente en mujeres que en varones. La edad de inicio por lo general se encuentra entre 20 y 40 años de edad pero la enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida. Se suele presentar más tarde en hombres que en mujeres.

La forma más frecuente de evolución es la progresiva secundaria. Quince años después del inicio, sólo 20% de ellos no tendrán limitaciones funcionales.

## PROXECTO DE INVESTIGACIÓN

### P46 - FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO

Pita Fernández, S; Rodríguez Camacho, E; López Calviño, B; Seoane Pillado, MT; Pértega Díaz, S; Suárez Lorenzo, JM; García Cajide, Y;

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

**OBJETIVOS:**

1. Determinar las características clínicas, anatomopatológicas y manejo terapéutico del cáncer de esófago
2. Estudiar las variables asociadas a la supervivencia

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Periodo: Diagnóstico durante el periodo del 1.01.2003 al 31.12.2008 con un seguimiento hasta el 31.12.2011

Tipo de estudio: observacional de seguimiento (con componente retrospectiva y prospectiva)

Criterios de inclusión: Casos incidentes con confirmación anatomopatológica de cáncer de esófago (CIE-9<sup>a</sup>: 150)

Criterios de exclusión: Casos prevalentes o recurrentes, de cáncer múltiple, metastásicos, atendidos y/o diagnosticados en otros hospitales

Tamaño muestral: n=215 que permite estimar un riesgo relativo (RR) igual o superior a 1,55, con una prevalencia de exposición del 61% y un 20% de censura (95% seguridad; 80% poder estadístico)

Información: Revisión de historias clínicas hospitalarias

Mediciones: Variables demográficas, comorbilidad (Índice de Comorbilidad de Charlson), fecha de diagnóstico, edad al diagnóstico, antecedentes personales (factores de riesgo), localización tumoral, extirpe histológica, estadiaje (TNM), síntomas y/o signos al diagnóstico, exploraciones y pruebas realizadas, manejo terapéutico (cirugía/quimioterapia/radioterapia), eventos durante el seguimiento (recidiva, metástasis de nueva aparición, neoplasia de nueva aparición), exitus, fecha de exitus, causa de la muerte (relacionada o no con el tumor) y fecha de último contacto.

Análisis estadístico: Descriptivo. Asociación con Test Chi-cuadrado y comparación de medias, tras comprobar normalidad con test de Kolmogorov-Smirnov, con T de Student o U de Mann-Whitney, según proceda. Correlación de Pearson o Spearman.

Supervivencia utilizando Kaplan-Meier con test Log-rank y regresión de Cox

Aspectos éticos-legales: Se garantiza la Ley de Protección de Datos (15/1999) y las normas de buena práctica clínica de la Declaración de Helsinki

Limitaciones: Sesgo de selección: determinado por los criterios de inclusión/exclusión.

Sesgo de información: determinado por la recogida de datos de historias clínicas, con el riesgo de pérdida información.

Sesgo de confusión: Al no existir un protocolo normalizado de seguimiento existirá una gran variabilidad en la determinación de exploraciones y pruebas complementarias en el seguimiento. De cualquier forma, uno de los objetivos de este estudio es determinar si esta variabilidad tiene un efecto independiente sobre la supervivencia.

### P47 - ADHERENCIA TERAPEÚTICA A LOS AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS DE ADMINISTRACIÓN UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON TRATADOS CON LEVODOPA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

Prieto Formoso, M.; Santos García, D.; De La Fuente Fernández, R.;

H. Arquitecto Marcide. Servicio de Neurología

**OBJETIVOS:** La administración de medicamentos una vez al día facilita y mejora el cumplimiento frente a varias tomas en la enfermedad de Parkinson (EP). Sin embargo, el grado de cumplimiento con los nuevos agonistas dopaminérgicos de administración una vez al día (ADUD) en la práctica clínica diaria se desconoce. Determinamos la adherencia a los ADUD en pacientes con EP seguidos en la consulta ambulatoriamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional transversal en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes con EP tratados con levodopa que recibían un ADUD desde por lo menos 4 meses antes. Evaluamos el cumplimiento utilizando el Morisky-Green test. Definimos el cumplimiento como: 1) Óptimo/buen cumplidor (las 4 respuestas negativas); 2) Medio (1 ó

2 respuestas positivas); 3) Bajo (3 ó 4 respuestas positivas). Recogimos otras variables sobre la enfermedad y cumplimiento de otros tratamientos.

**RESULTADOS:** Treinta y nueve pacientes ( $70.23 \pm 8.89$  años, 48.7% varones) recibiendo un ADUD (25 oral, 14 parche) fueron incluidos. Un 56.4% fueron buenos cumplidores. Hasta un 20.5% presentaron un cumplimiento medio, y un 23.1% bajo. Un cumplimiento inadecuado se asoció a olvidos en la toma de otros fármacos para su EP (64.7% vs 18.2%,  $p=0.003$ ). Observamos una tendencia hacia más efectos secundarios en el grupo de pacientes sin cumplimiento óptimo (70.6% vs 45.5%,  $p=0.117$ ).

**CONCLUSIÓN:** La adherencia a los ADUD en pacientes con EP tratados con levodopa en condiciones reales de práctica clínica resulta baja. Su incumplimiento se asocia a olvidos en la toma de otros fármacos para la propia EP.

#### **P48 - CRITERIOS STOPP/START PARA IDENTIFICAR LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA: "PRIMUM NON NOCERE"**

**Ulesova, S.; Hernaiz Valero, S.; Amigo Dobaño, M.C; Romero, E.F; Muñoz Pose, M.;**

*Centro de Salud Val Miñor*

**RESUMEN:** Las personas mayores son un colectivo en el que el riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas es elevado, presentándose mayoritariamente como síntomas inespecíficos, síntomas coincidentes muchas veces con sus enfermedades de base.

Se han diseñado herramientas de cribado para detección de prescripción inadecuada. Entre los más conocidos se encuentran los criterios de Beers, la IPET, el MAI y los definidos en el proyecto ACOVE.

Los criterios STOPP/START son una nueva herramienta de cribado que pretende detectar tratamientos farmacológicos potencialmente inadecuados por defecto o por exceso en los pacientes mayores, los principales consumidores de fármacos.

#### **OBJETIVOS:**

1. Revisar los criterios STOPP/START para adecuarlos a la situación local y los posibles cambios en evidencia científica desde su publicación.
2. Cuantificar la prevalencia de prescripción inadecuada según dichos criterios en el área sanitaria de Vigo.
3. Valorar el impacto en gasto farmacéutico que se produciría si se modificara la prescripción inadecuada

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio basado en la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas. Para el primer objetivo:

Revisión de los criterios STOPP/START con metodología Delphi por la Comisión de Farmacia del área. Para el segundo y tercer objetivo: Auditoría de la historia clínica incluyendo prescripción, diagnóstico y resultados de laboratorio; se estimará el gasto ahorrado si se hubiera realizado una prescripción adecuada.

Se desarrollará un estudio, durante 3 meses, en un área geográfica con población asignada a SERGAS en el Área de Atención Primaria de Vigo, que da cobertura a 582.968 habitantes, de los cuales el 24% son mayores de 65 años. Este estudio está basado en el análisis de datos que reflejan la información registrada en la práctica clínica real de la AP, a través del estudio

del IANUS.

Se seleccionará una muestra aleatoria con reposición de 127 historias clínicas electrónicas de los pacientes mayores de 65 años con al menos 1 prescripción en los últimos 3 meses en el área de Atención Primaria de Vigo.

**ASPECTOS ETICOS:** Se seguirán los procedimientos establecidos por la normativa de regulación del acceso a la información.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Estadística descriptiva de las variables. Se utilizará el SPSS-17.

#### **P49 - EFICACIA DE LA COXIMETRÍA Y DEL CONSEJO MÍNIMO ANTITABACO EN PACIENTES FUMADORES TRASPLANTADOS RENALES**

**Pita Fernández, S.; Valdés Cañedo, F.; Seoane Pillado, M.T.; López Calviño, B.; Pértega Díaz, S.; Seijo Bestilleiro, R.; Rodríguez Camacho, E.;**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña*

**OBJETIVO:** Comparar la eficacia para el abandono del hábito tabáquico a los 12 meses, de la medición de monóxido de carbono exhalado (CO) junto al consejo breve para dejar de fumar, frente a un consejo breve aislado.

Secundarios:

-Comparar la eficacia, medida por el incremento en la motivación para dejar de fumar a los 12 meses, de la medición del CO espirado más consejo breve, frente a un consejo breve aislado.

-Comparar la eficacia, medida por la reducción en el número de cigarrillos/día a los 12 meses, de la medición del CO espirado más consejo breve, frente a un consejo breve aislado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito:Hospital A Coruña

Periodo:2012-2014

Tipo de estudio:Ensayo clínico aleatorizado, controlado, abierto, evaluación ciega.

**Criterios inclusión:**Trasplantados renales fumadores(etapa precontemplación/contemplación), con consentimiento informado.

**Criterios exclusión:**Fumadores en preparación para dejar de fumar, con enfermedad terminal o discapacidad.

**Sujetos:** $n=175$ /grupo, diferencia:5% vs.13%,seguridad=95%,potencia=80%,pérdidas=10%.

**Intervención:**Grupo control(consejo breve para dejar de fumar+pautas a seguir) y grupo intervención(consejo breve para dejar de fumar+medición de CO exhalado, repitiéndose a 6 y 12 meses).

**Mediciones:**sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento, rechazo agudo, infecciones. Información autodeclarada del hábito tabáquico, consumo de drogas, nivel de dependencia(Test-Fagerström), fase de abandono(Prochazka-Di.Clemente), motivación para dejar de fumar(Test-Richmont)

**Respuesta:**La eficacia se evaluará a los 6 y 12 meses según:a)abandono del hábito tabáquico confirmado por prueba cotinina, b)abandono autodeclarado(número cigarrillos/día y variación en estadio de dependencia) **Análisis estadístico:**Regresión lineal/logística múltiple. Determinación de

relevancia clínica: riesgo relativo (RR), reducción relativa del riesgo (RRR), reducción absoluta del riesgo (RAR) y número necesario de pacientes a tratar (NNT)

Aspectos ético-legales: R.D.15/1999 y autorización CEIC Galicia (2011/061)

Limitaciones del estudio:

Sesgos de selección: determinados por criterios inclusión/exclusión, ámbito y tasa de participación

Sesgos de información: determinados por la autodeclaración del hábito tabáquico, minimizándolo realizando la prueba cotinina

Sesgos de confusión: para controlarlo se realizará un análisis multivariante de regresión logística.

### P50 - PREVALENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES

Pita Fernández, S.; García López, L.; Tojo Gómez, M.C.; Ares Ferreiro, R.M.; López Calviño, B.; Pêrtega Díaz, S.; Seoane Pillado, M.T.;

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

OBJETIVOS: Determinar en pacientes ingresados en medulares la presencia de lesiones cutáneas que requieren encamamiento (reposo) de 48 h o más. Determinar las variables asociadas a dichos eventos

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Unidad de lesionados medulares del CHUAC (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña)

Periodo: Junio 2007-2009

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes ingresado en el periodo de estudio en la unidad de lesionados medulares, pacientes agudos, paciente tetra o parapléjicos, pacientes que den su consentimiento a participar

Criterios de exclusión: Pacientes ingresados que no estén en fase aguda, pacientes que ingresen con lesiones cutáneas previas

Mediciones: de cada paciente incluido en el estudio se estudia la edad, sexo, tipo de lesión, comorbilidad, la presencia o no de incontinencia fecal y/o urinaria y la movilidad (limitada vs. muy limitada)

Justificación del tamaño muestral: 157 pacientes que permiten estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% ( $\alpha = 0.05$ ) y una precisión  $\pm 7,85\%$

Análisis estadístico: Descriptivo. Comparación de medias (t de Student o test de Mann-Whitney). Asociación entre variables cualitativas (estadístico Chi-cuadrado con estimación de OR y su 95%IC). La correlación con coeficiente de correlación de Pearson. Tras identificar qué variables, en el análisis univariado, se asocian a la necesidad de encamamiento se realiza un análisis multivariado de regresión logística.

Aspectos ético-legales: Se mantendrá la confidencialidad de la información según la ley de protección de datos 15/1999 y se solicita consentimiento informado

Limitaciones del estudio:

Sesgos de selección: corresponde a una muestra limitada del hospital de referencia del área sanitaria. La valoración de nuestros resultados con publicaciones similares nos permitirá ver la consistencia con otros estudio y por tanto la validez externa de los mismos

Sesgos de información: viene derivado de los diferentes observadores. Dado que la decisión de la permanencia debe ser de 48 horas o más minimiza el sesgo del observador

Sesgos de confusión: para minimizar la confusión se recoge información sobre variables relacionadas con la movilidad, con la incontinencia y el sexo. Además para controlar la confusión realizaremos un análisis multivariado de regresión logística

## COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

### C51 - ESTADO NUTRICIONAL EN MAYORES DE 65 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Carballo González, MP; Gómez-Besteiro, MI; López Calviño, B; Cordido Carballido, F; Naveira Barbeito, G; Conceiro Rúa, A; Santiago Pérez, I;

Xerencia de Atención Primaria A Coruña

OBJETIVOS: Determinar las características y el estado nutricional

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Área Sanitaria (A Coruña)

Periodo: Mayo 2009-Marzo 2010

Tipo de estudio: Observacional

Criterios inclusión: Residentes  $\geq 65$  años con consentimiento informado

Criterios exclusión: Institucionalizados en residencia geriátrica y estar o haber estado en centro hospitalario en los últimos 6 meses.

Mediciones: Edad, sexo, antropometría, score Charlson, Cuestionario Mini Nutricional Assesment (MNA)

Tamaño muestral:  $n=809$  pacientes de población de 112.377 ( $\pm 3,5\%$  precisión y 95% seguridad)

Análisis estadístico: Descriptivo. Test Chi-cuadrado y correlación de Spearman. Aspectos ético-legales: Aprobación CEIC (2008/262)

RESULTADOS: Edad  $75,2 \pm 6,4$  años, siendo mujeres (64,6%). Con un IMC de  $29,5 \pm 4,9$ , perímetro de cintura  $96,7 \pm 12,2$  cm, índice cintura-cadera  $0,9 \pm 0,1$  e índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad  $4,3 \pm 1,7$ .

Presentan como patologías más frecuentes: hipertensión (67,0%), diabetes mellitus (22,3%) y enfermedad vascular periférica (17,5%).

Se objetiva una correlación negativa estadísticamente significativa del IMC ( $r = -0,140$ ;  $p < 0,001$ ), perímetro cintura ( $r = -0,087$ ;  $p = 0,014$ ), circunferencia branquial ( $r = -0,135$ ;  $p < 0,001$ ), circunferencia del pulso ( $r = -0,097$ ;  $p < 0,001$ ) y de la circunferencia de la pantorrilla ( $r = -0,188$ ;  $p < 0,001$ ) con la edad. Descenso del



índice cintura-cadera no significativo( $r=0,037$ ;  $p=0,306$ ).

Según el MNA presentan un estado nutricional normal(85,6%), no existiendo diferencias significativas por sexo( $p=0,737$ ). Están bien nutridos entre 65-69años(82,2%), 70-74años(83,3%), 75-79años(76,9%), 80-84años(75,0%) y =85años(68,4%),  $p=0,009$ .

Observándose un grado de movilidad(salir al exterior), en 65-69años 100% vs.90,7% en =85años y de presentar úlceras en 65-69años 5,2% vs.15,8% en =85años.

CONCLUSIONES: Presentan valores elevados de IMC y perímetro cintura que disminuyen con la edad.

El estado nutricional empeora por cada cinco años.

### C52 - CALIDAD DE VIDA EN LISTA DE PRETRASPLANTE HEPÁTICO

Piñón Villar, M.C.; García Rodríguez, M.T.; López Calviño, B.; Pita Fernández, S.;  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida, dependencia y diagnósticos de enfermería prevalentes

#### METODOLOGÍA

Ámbito. Servicio de Digestivo(CHUAC)

Periodo.1.03.2010-30.05.2011

Tipo de estudio. Observacional.

Criterios de inclusión. =18 años en lista de pretrasplante hepático con consentimiento informado.

Criterios de exclusión. Pacientes cuyo deterioro lo imposibilite.

Tamaño muestral.  $n=30$

Mediciones. Identificación, índice de comorbilidad de Charlson, etiologías, cuestionario LDQOL 1.0, escala de Barthel(ABVD) y Lawton-Brody(AIVD), diagnósticos de enfermería

Análisis estadístico. Descriptivo

RESULTADOS: Pacientes con  $54,6\pm 7,7$  años cuya etiología más frecuente es la etílica(63,3%) e Índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad de  $5,7\pm 2,3$ .

La calidad de vida, según la parte genérica del LDQOL1.0, está más afectada en las dimensiones: rol físico( $38,1\pm 34,5$ ), percepción de la salud general( $36,7\pm 21,2$ ) y vitalidad( $44,4\pm 27,6$ ). Y laparte específica del LDQOL 1.0, objetiva una mayor afectación de la calidad de vida en las dimensiones: funcionamiento sexual( $38,1\pm 28,5$ ), efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria( $42,0\pm 30,4$ ) y problemas sexuales( $45,1\pm 21,1$ ).

La dependencia para ABVD(40%) y para AIVD(80%)

Los pacientes tienen  $7,8\pm 3,7$  diagnósticos de enfermería, siendo los más prevalentes "fatiga"(87,7%), "intolerancia a la actividad"(80,0%) y "exceso de volumen de líquidos"(63,6%).

CONCLUSIÓN: Las dimensiones más afectadas de la CVRS son rol físico, percepción de la salud general, vitalidad, funcionamiento sexual, efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria y problemas sexuales.

### C53 - ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DISFUNCIÓN HEPÁTICA

García Rodríguez, M.T.; Piñón Villar, M.C.; López Calviño, B.; Pita Fernández, S.;  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

OBJETIVO: Determinar el estado nutricional y su nivel de ansiedad como estado-rasgo

#### METODOLOGÍA

Ámbito. Servicio de Digestivo(CHUAC)

Periodo.1.03.2010-30.05.2011

Tipo de estudio. Observacional.Criterios de inclusión. =18 años en lista de pretrasplante con consentimiento informado.

Criterios de exclusión. Pacientes cuyo deterioro lo imposibilite.

Tamaño muestral.  $n=30$

Mediciones. Identificación, índice de masa corporal(IMC), índice adiposo, etiologías, sistema CONUT, índice de riesgo nutricional(IRN), criterios de la SENPE, Test de Valoración Global Subjetiva(TVGS), Dinamometría, cuestionario de ansiedad STAI, Escala Child-Pugh

Análisis estadístico. Descriptivo

RESULTADOS: Pacientes con  $54,6\pm 7,7$  años cuya etiología más frecuente es la etílica(63,3%); con un IMC de  $27,4\pm 5,1$  y un índice adiposo de  $0,5\pm 0,3$ . Presentando una disfunción hepática clasificada según la escala Child-Pugh en A(16,7%), B(50,0%) y C(33,3%).

Se objetiva una desnutrición del 96,7%, según el sistema CONUT y el IRN; un 66,7% según los criterios de la SENPE, un 63,3% según el TVGS y un 43,3% según la dinamometría.

Y una puntuación de la ansiedad estado de  $22,8\pm 12,6$ (percentil  $52,0\pm 30,5$ ) y de la ansiedad rasgo de  $24,1\pm 11,6$ (percentil  $54,4\pm 32,8$ ), según el cuestionario STAI.

La puntuación de la disfunción hepática según la escala Child-Pugh se correlaciona positiva y significativamente con una mayor desnutrición (sistema CONUT  $r=0,671$ ;  $p<0,001$  e IRN  $r=-0,492$ ;  $p=0,006$ ), con la ansiedad estado( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ) y la ansiedad rasgo( $r=0,541$ ;  $p=0,002$ )

CONCLUSIÓN: A mayor disfunción hepática peor estado nutricional y mayor ansiedad estado-rasgo

### C54 - DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE OBESOS EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

Atanes Bonome, A-; Estrada Montes, R.; Ríos Lage, P.;  
Área Sanitaria de Ferrol

OBJETIVOS: Describir y evaluar el sistema de seguimiento de pacientes obesos

en una consulta de endocrinología, a través de la evolución de la pérdida de peso y de determinados factores de riesgo cardiovascular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que evalúa el sistema de seguimiento de pacientes obesos en la consulta de endocrinología de un Hospital comarcal, durante 30 meses, a través de la pérdida de peso y la reducción de variables analíticas, como la glucosa, el colesterol o los triglicéridos

Se incluyeron todos los pacientes remitidos de atención primaria, diagnosticados de obesidad hasta el 31 de diciembre del 2009. Fueron excluidas aquellos pacientes que no presentaron una adecuado control de peso o de los registros analíticos en los 30 meses previos.

Las variables estudiadas fueron el peso, glucemia, colesterol total y triglicéridos. Tomamos el peso inicial y cuatro pesos consecutivos tomados cada 6 meses y tomamos cifras del primer y el último análisis realizado en este periodo de tiempo.

**RESULTADOS:** La pérdida media de peso en de 6,12%. La reducción media de cifras de glucemia es 2,76. La reducción media del colesterol total fue del 16,57. Y la reducción media de triglicéridos está en 9,9.

**CONCLUSIONES:** El objetivo logrado esta en 6,12%, que se encuentra por debajo del 10% que sería un objetivo a alcanzar, según guías clínicas.

#### C55 - CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD PERCIBIDA DEL CUIDADO RECIBIDO EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON Y RECTO

Pita Fernández, S.; Pértega Díaz, S.; López Calviño, B.; Seoane Pillado, M.T.; Gago García, E.; Seijo Bestilleiro, R.; Tilve Álvarez, C.M.;

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida, situación funcional y calidad percibida del cuidado recibido

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: CHUAC

Período: 01.02.2011-01.05.2011

Tipo de estudio: Prevalencia

**Criterios de inclusión:** Casos incidentes de cáncer colorrectal, con consentimiento informado

**Criterios de exclusión:** Casos prevalentes/recurrentes, cáncer múltiple, diagnosticados en otros hospitales.

**Mediciones:** Calidad de vida(EORTC\_QLQ-C30, EORTC\_QLQ-CR29), situación funcional(Índice de Karnofsky(IK)), calidad percibida del cuidado(EORTC\_IN-PATSAT32).

Tamaño muestral: n=56(Precisión=±13%, Seguridad=95%)

Análisis estadístico: Descriptivo.

**RESULTADOS:** Puntuación del estado global (QLQ-C30), 73,5±20,9. Valorándose peor el rol funcional(68,4±29,2) y función emocional(74,3±25,3). Síntomas que más afectan a la calidad de vida son insomnio(31,5±32,7), fatiga(23,4±24,7) y dolor(15,2±21,4).

Módulo QLQ-CR29, específico de cáncer colorrectal, valora peor la ansiedad(59,4±33,8). Síntomas más frecuentes: problemas con el cuidado del estómago(43,3±38,6), incontinencia urinaria(24,4±27,9) y fecal(21,7±23,6). Presentan vida normal y ligeros signos/síntomas de enfermedad(IK=90),44,6% y no presentan evidencia de enfermedad(IK=100), 14,3%. Son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades(IK=60), 91,1%.

Puntuación global de satisfacción con los cuidados, 75,9±21,8. Ítems mejor valorados del personal médico: habilidades técnicas(77,7±18,0), habilidades interpersonales(76,9±18,8) y suministro de información(75,6±19,8). Para la enfermería: disponibilidad(77,9±20,4), suministro de información(77,7±20,0) y habilidades técnicas(77,0±20,7)

Y los ítems peor valorados: accesos al hospital(41,5±23,2) y tiempo de espera para realización de pruebas y recepción de resultados(64,3±23,3).

**CONCLUSIÓN:** El rol funcional y función emocional están deterioradas. Afectando a la calidad de vida los síntomas: insomnio, fatiga, dolor, cuidado del estoma, incontinencia urinaria y/o fecal.

Están satisfechos con médicos y enfermeras; no con los accesos al hospital y el tiempo de espera.

#### C56 - AUTOMEDIDA DOMICILIARIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL 5 DÍAS ¿2 O 3 MEDIDAS?

Monteagudo Fontán, T.; Crespo Martínez, S.; Sanmarful Schwarz, A.; Guzmán Suárez, S.; Domínguez Sardiña, M.;

Centro de Salud de Sárdoma. Vigo

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** El objetivo del estudio es comparar la validez de la AMPA, tomando como patrón oro la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), según el número de medidas realizadas en cada momento del día: media de las 2 primeras tomas y media de las 2 últimas de un triplete de medidas.

**SUJETOS Y MÉTODOS:** Estudiamos 58 pacientes del servicio de atención primaria de Sárdoma. A cada paciente se le realizó una MAPA de 48h y en la semana posterior cada uno de ellos realizó una AMPA, con 3 medidas por la mañana y 3 por la noche, durante 5 días.

**RESULTADOS:** Media de edad 64,83 ± 1,40. Varones 59,2%. Mujeres 40,8%. Registros válidos de AMPA: 58 con 2 medidas y 51 con 3 medidas.

Método	S	E	VPP	VPN	CPP	CPN	K
AMPA 1ª y 2ª medida	0.83	0.71	0.75	0.80	2.86	0.24	0.55
AMPA 2ª y 3ª medida	0.81	0.79	0.81	0.79	3.85	0.24	0.61

S = sensibilidad; E = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; CPP = Coeficiente de probabilidad positivo; CPN = Coeficiente de probabilidad negativo; K = coeficiente de correlación

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio la AMPA de tres tomas teniendo en cuenta la media de las dos últimas tomas es la que presenta una mayor concordancia y validez para la clasificación de pacientes en hipertensos/normotensos o en

buen control/mal control tomando como punto de corte 135/85 mmHg para la AMPA y teniendo como patrón oro la media de actividad diaria obtenida por MAPA.

### C57 - USO INHIBIDORES BOMBA DE PROTONES EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Basadre Rodríguez, B.; González Belmonte, G.; Mateos Lorenzo, J.;  
Ambulancia Medicalizada 061 Foz

OBJETIVO: analizar la prevalencia del uso de inhibidores de la bomba de protones en pacientes de una consulta de un Centro de Salud en el período de un mes y observar si su indicación es correcta.

MATERIAL Y MÉTODOS: se elaboró un estudio transversal en el que se incluían todos los pacientes de una consulta de tarde del Centro de Salud La Milagrosa (Lugo) que solicitaron consulta en el período de un mes ( 27/05/2010-28/06/2010). Se realizaron 525 consultas en dicho período, de las cuales se excluyeron 188 por ser pacientes repetidos. Se revisaron las historias clínicas y se creó una base de datos analizándose:

- uso inhibidores bomba de protones
- criterios para su uso
- edad
- sexo

Toda esta información se exportó al programa SPSS versión 15.0 para su análisis estadístico.

#### RESULTADOS:

- 16,1% de la muestra usan inhibidores
- 1,5% cumplen criterios de indicación de uso de inhibidores
- Las causas de uso de inhibidores: 3,9% uso concomitante de antiagregantes; 3,9% reflujo gastro-esofágico sin criterios de uso de inhibidores; 3,9% polimedicación y 4,7% otras causas
- Relación uso inhibidores y edad donde los mayores de 6 años usan inhibidores 3,7% más que los menores de 60 años, siendo su uso menor en los menores de 35 años, (  $p < 0,005$  )
- Relación uso inhibidores y criterios correctos uso, observándose que 90,7% muestra que los usa no los cumplen. (  $p < 0,05$  )

Conclusión: existe, según nuestro estudio, un elevado porcentaje de inhibidores prescritos sin indicación que lo justifique (98,5%).

### C58 - PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL PESO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

Pita Fernández, S.; Isasi Fernández, C.; López Calviño, B.;  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña

OBJETIVO: Estudiar la concordancia entre la percepción subjetiva de peso y peso observado

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Escuelas de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de La Coruña(UDC)

Periodo: 2007-2008

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: alumnos con consentimiento informado.

Criterios exclusión: alumnos sin consentimiento.

Mediciones: Edad, sexo, índice de masa corporal(IMC), índice cintura-cadera, cuestionario autoadministrado: "Considero que mi peso es: A)superior a lo normal;B)normal;C)Inferior a lo normal",Marco et al,(2004).

Tamaño muestral:n=288(precisión=± 6%,seguridad=95%)

Análisis estadístico:Descriptivo. Concordancia(Índice Kappa)

Aspectos ético-legales:Ley de Protección de Datos(15/1999) y autorización del CEIC de Galicia(2010/328)

RESULTADOS: La edad media de los alumnos es 21,6±4,1 años, siendo mujeres(79,2%). Presentan un índice de masa corporal(IMC) de 23,5±3,5 y un índice cintura-cadera de 0,8±0,8. El 4,5% presentan obesidad (IMC=30) y un 1,4% bajo peso. Consideran que tiene Kg de más(52,1%) y de menos(5,2%).

La concordancia observada, entre la percepción subjetiva del peso y las categorías de IMC, es del 64,3%,(Índice Kappa=0,352; $p < 0,001$ ); es del 61,4% en mujeres y del 75,0% en hombres.

Existe una asociación significativa entre considerar que tienen Kg de más y el sexo,(mujeres 54,8% vs.41,7% hombres;  $p < 0,001$ ).

Estando en normopeso, consideran que tienen Kg de más,(mujeres 33,3% vs.5% hombres) y consideran que tiene Kg de menos, (hombres 11,7% vs.2,6% mujeres)

CONCLUSIÓN: Un tercio de los estudiantes tienen un juicio valorativo distorsionado de su cuerpo respecto al IMC.

Sobreestiman su peso más frecuentemente las mujeres y lo infraestiman habitualmente los hombres

### C59 - BROTE DE SARAPIÓN EN GALICIA EN 2011

Purriños Hermida, M.J.; Jato Díaz, M.; Quintas Fernández, J.C.; Sánchez Castiñeiras, C.; Losada Castillo, I.; Pousa Ortega, A.;

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

INTRODUCCIÓN: La transmisión autóctona del virus del sarampión estaba interrumpida en Galicia desde 2001, hasta 2011 en que se produjo un brote. Objetivo: identificar los factores contribuyentes del brote.

MÉTODOS: Los datos se recogieron siguiendo el protocolo de vigilancia del Plan Gallego de Eliminación del Sarampión (Consellería de Sanidade). Caso sospechoso: presencia de fiebre ( $\geq 38$ ), exantema máculopapular, y al menos 1 de: tos, coriza, conjuntivitis. CONFIRMADO: IgM+. Vínculo epidemiológico: contacto dentro del período de incubación con caso transmisor. Caso importado: el que adquiere la infección fuera de Galicia; autóctono: el que la adquiere en Galicia. Susceptible: nacido después de 1969 y que no recibió vacuna.

RESULTADOS: Dinámica del brote: 7 casos detectados entre el 13 de junio y 29 de julio (vinculados epidemiológicamente y confirmados). Todos nacieron entre 1971 y 1982. EL segundo caso convive con el primero (importado de Italia) ; los casos 3 e 4 coincidieron en urgencias con el primeiro; el 5 se relaciona extrahospitalariamente con el 3; el 6 coincidió en urgencias con

los casos 3 y 4; el 7 se relaciona con el 6 (trabajan en locales contiguos). Factores contribuyentes identificados: ninguno de los 4 casos que acudieron a urgencias fueron aislados y ninguno estaba vacunado por edad.

CONCLUSIONES: Dado que por edad la ausencia de vacuna es un factor difícil de manejar, el aislamiento de casos sospechosos en el medio sanitario es crítico para evitar el desarrollo de un brote.

**C60 - ATENCIÓN PRIMARIA: AVALIACIÓN CUALITATIVA SOBRE ANTIVIRAIS E VACINAS NA PANDEMIA 2009**

**Purriños Hermida, M.J.; Martín Miguel, M.V.;**

*Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública*

OBJETIVO: Avaliar a percepción de Atención Primaria (AP) nos temas de antivirais e vacinas durante a pandemia de gripe do 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS: Aplicase metodoloxía cualitativa, por grupos focais.

Visítanse varios centros de saúde, onde se fai unha sesión técnica, de media hora, dirixida por un experto, para recoller a percepción de todos os sanitarios de dito centro nos temas de antivirais e vacinas na pandemia 2009. Se visitan diferentes centros ata que a información recollida é repetida. A poboación a estudo son médicos e enfermeiras de AP en activo do 27/04/2009 ata o 10/08/2010.

RESULTADOS: Fixéronse sesións técnicas en tres centros de saúde de distintas áreas sanitarias. En canto a percepción sobre a vacina practicamente todos os sanitarios manifestaron a súas dúbidas sobre a súa seguridade, a maioría non a tiñan posta e non animaban aos seus pacientes a poñela. Sobre o tema de antivirais pautáronse moi poucos identificando seu uso só co AH1N1v.

CONCLUSIÓNS: Aínda que os centros tiñan o nesgo de non ser elixidos aleatoriamente, a percepción negativa observada suxire que, durante a pandemia, a transmisión da información nestes temas sobre as recomendacións internacionais non foi a adecuada.