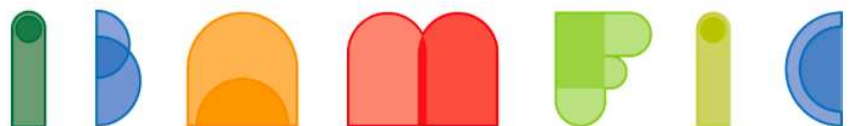


II CONGRESO IBAMFIC

Libro de Comunicaciones





ÍNDICE

	Pág.
Bienvenida	3
Comité organizador y científico	4
Programa científico	5
Talleres y mesas de trabajo	6
Listado de comunicaciones	8
Resúmenes. Texto completo. Comunicaciones orales	10
Pósters con defensa	16
Pósters electrónicos	21
Índice de autores	35

BIENVENIDA

Estimados y estimadas participantes,

Es un placer poder daros la bienvenida al II Congreso de la Ibamfic en Palma de Mallorca. Durante estos días, tendremos la oportunidad de compartir impresiones sobre la situación de la Atención Primaria, diferentes perspectivas y las diferencias existentes entre Islas. En estos tres días de congreso, incluyendo la jornada de residentes del jueves, estamos seguros de que volveremos a casa con una lista bien cargada de ideas y objetivos en la cabeza que poner en práctica el lunes en la consulta, que nos enriquecen como profesionales y aumentan la salud de nuestra sociedad.

Es nuestro cometido posicionarnos en el lugar que nos corresponde y por esto, "Atención Primaria Ahora Sí". Los primeros que tenemos que creer en ello somos nosotros, y trasladarlo a las nuevas generaciones. Expertos de toda la Comunidad nos darán las claves para hacerlo posible.

Gracias a todos por vuestra participación y a los diferentes miembros de los Comités Científico-Organizador por su trabajo e implicación.

Esperamos que disfrutéis del Congreso.

Lucía Gorreto, Presidenta del Comité Organizador
Jesús F. Torres Peraza, Presidente del comité Científico

BENVINGUDA

Benvolguts i benvolgudes,

És un plaer donar-vos la benvinguda al II Congrés de Ibamfic que celebrem a Palma de Mallorca. Durant aquests dies, tindrem l'oportunitat de compartir impressions sobre la situació de l'Atenció Primària, diferents perspectives i les diferències que existeixen entre les Illes. En aquestes tres jornades de congrés, que inclou una trobada de residents el dijous, tenim la certesa que tornarem a casa amb una llista ben carregada d'idees i objectius al cap per posar-los en pràctica el dilluns a la consulta. Coneixements que ens enriqueixen com a professionals i augmenten la salut de la nostra societat.

Ens correspon treballar per posicionar-nos en el lloc que ens correspon, i per això hem triat aquest lema: "Atenció Primària, Ara Sí". Considerem que nosaltres som els primers que hem d'estar convençuts d'això i traslladar-ho a les noves generacions. Durant el Congrés, experts de tota la Comunitat ens donaran les claus per poder-ho fer realitat.

El nostre agraïment als qui han treballat amb esforç perquè aquest congrés sigui possible. Gràcies a tots per la vostra participació i als diferent membres dels Comitès Científic-Organitzador pel seu treball i implicació.

Esperem que gaudiu del Congrés.

Lucía Gorreto, Presidenta del Comitè Organitzador
Jesús F. Torres Peraza, President del Comitè Científic



COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO

- Lucía Gorreto.** Presidenta del comité organizador. MFyC. Palma de Mallorca.
- Jesús F. Torres Peraza.** Presidente del comité científico. MFyC. Palma de Mallorca.
- Javier Arnaz.** MFyC. Palma de Mallorca.
- Ana Loras.** Residente MFyC. Palma de Mallorca.
- Germán Llopis.** MFyC. Urgencias Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
- Gaspar Tamborero.** MFyC. Vocal de Investigación IBAMFIC. Palma de Mallorca.
- Rosmary Argüelles.** MFyC y Vocal IBAMFIC. Palma de Mallorca.
- Anna Ribas.** MFyC y Vocal IBAMFIC Eivissa y Formetera.
- Rosalía Ferrando.** Residente MFyC. Eivissa.
- Arnau Roselló.** Residente MFyC. Vocal IBAMFIC. Menorca.
- Inma Borrego.** Residente de MFyC. Menorca.
- Apol·lònia Cifre.** MFyC. Tesorera IBAMFIC. Palma de Mallorca.
- Cristina Gadea.** MFyC. Secretaria IBAMFIC. Palma de Mallorca.
- Txema Coll.** MFyC. Vocal de enlace SEMFYC. Palma de Mallorca.
- Beatriz Escuer.** Residente MFyC. Palma de Mallorca.
- Sònia Marquès.** Periodista.

PROGRAMA CIENTÍFICO

Dijous 28 de juny

Trobada informal de residents i metges de família . Experiències de la meva residència

Divendres 29 de juny

9:00 a 9.30h Benvinguda, entrega de documentació, admissió pòsters

9:30- 11:30

- Taller Ecografia abdominal
- Taller Trauma inmovilitzacions mobilitzacions
- Taller el pes de la desigualtat a la obesitat

11.30h a 12:00h Pausa cafè

12:00h a 14:00h

- Taller Ecografia abdominal
- Taller Trauma inmovilitzacions mobilitzacions
- Taller el pes de la desigualtat a la obesitat

14:00 a 14.30h Dinar de treball

16:00 a 17:00 Inauguració amb Mónica Lalanda

17:00h a 17.30h Exposicions- defensa posters

17:30h a 18:30h Actualitzacions tresinores

18:30h a 19:30h

Col·loqui . Crònics- Taula multidisciplinària

19:30h a 20:30h Assemblea Ibamfic

21:30h Sopar del Congrés (per a tothom)

Dissabte 30 de juny

9:00 a 11:30 Defensa de comunicacions

11.30h a 12:00h Pausa cafè

12:00h a 14:00h **Mesa debat** Seguretat del pacient: "Cuéntame cómo te ha ido; ¿has conocido la felicidad?"

Ponents

- **Dr. Carlos Campillo Artero.** Metge Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Ibsalut
- **Dra. Paz Merino.** Cap del Servei de Medicina Intensiva, Hospital Can Misses. Coordinadora de la Unitat de Seguretat del Pacient de l' Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera.
- **Dr. Bernardino Comas.** Metge de Família. Cap del Servei de Urgències de l'Hospital Son Espases..
- **Dr. Ignacio Ricci Cabello.** Doctor en Epidemiologia i Salut pública. Gerència AP Mallorca.
- **Dra. Pilar Astier.** Metgessa de Família. Coordinadora de GdT de Seguretat del Pacient de semFYC

Conductor de la mesa:

- **Dr. Txema Coll.** Metge de Família. Membre del GdT de Seguretat del Pacient de semFYC.

14:00 a 14.30h Entrega de premis i clausura

TALLERES Y MESAS DE TRABAJO

TALLER PRÁCTICO DE MOVILIZACIÓN/INMOVILIZACIÓN PACIENTE EXTRAHOSPITALARIO

Coordinador: Germán Llopis. Departamento de Urgencias del Hospital Son Llàtzer.

Resumen: En el medio extrahospitalario nos vemos ante situaciones en las que hay que movilizar y/o inmovilizar a los pacientes. En Atención Primaria nos podemos encontrar a pacientes en su domicilio con caídas casuales con sospecha de fracturas, nos pueden movilizar para atender accidentes en vía pública o accidentes de tráfico o incluso en nuestra vida privada o tiempo libre encontrarnos situaciones en las que sea necesario auxiliar a una persona. En este taller aprenderemos a movilizar a los pacientes a nivel extrahospitalario para poder atenderlos adecuadamente o alejarlos de un punto peligroso para nosotros y ellos mismos, sin que suponga un agravamiento de sus lesiones. Practicaremos la correcta colocación de un collarín cervical, inmovilización de extremidades, movilización en bloque de la columna vertebral, retirada de casco y conoceremos el material básico que dispone una ambulancia para facilitarnos las movilizaciones.

TALLER: EL PESO DE LA DESIGUALDAD EN LA OBESIDAD

Coordinadora: Juana M^a Janer.

Ponentes: Juana M^a Janer, Aina Caldentey, Catalina Nuñez.

Objetivo general

- Reflexionar sobre las desigualdades sociales en salud en el caso de la obesidad.
- Trabajar un modelo integral de intervención en obesidad basado en la dieta mediterránea.

Objetivos específicos

- Reflexionar sobre el ambiente obesogénico y sus determinantes.
- Entender la obesidad desde la perspectiva de las desigualdades sociales en salud.
- Explorar la promoción de la dieta mediterránea.
- Diseñar una estrategia de abordaje de la obesidad desde el Centro de Salud.
- Trabajar en el centro de salud la obesidad con la perspectiva de desigualdades en salud.

TALLER DE HABILIDADES BÁSICAS EN ECOGRAFÍA CLÍNICA E INTRODUCCIÓN EN ECOGRAFÍA ABDOMINAL BÁSICA

Ponentes:

Dr. José Ignacio Ramírez Manent

Dr. Josep Corcoll Reixach

Dra. Jitka Mudrychová

Objetivo general

- Divulgar y promover el uso de la ecografía entre el personal médico de medicina familiar y comunitaria.
- Facilitar mayor autonomía y capacidad diagnóstica del médico de familia en su puesto asistencial y posibilitar un mejor y rápido diagnóstico del paciente, mejorando de esta forma la calidad asistencial.
- Adquirir una visión integral y actualizada de la *ecografía clínica*.

Objetivos específicos

- Adquirir de las habilidades necesarias para la implantación y desarrollo de la ecografía clínica básica en el ejercicio profesional de la medicina clínica.
- Conocer las indicaciones generales de la ecografía clínica básica.



- Conocer los fundamentos básicos de la ecografía y aprender a manejar los equipos de ecografía (sondas, ajustes, modalidades, limitaciones técnicas).
- Conocer los principios físicos básicos que sustentan la técnica ecográfica, así como la terminología básica, imágenes elementales y artefactos posibles de la ecografía.
- Conocer y adquirir destreza en los principales planos y proyecciones anatómicas utilizadas para la ecografía clínica básica abdominal, así como reconocer las imágenes normales de la eco-estructura de tejidos y órganos de éstas.

COLOQUIO SOBRE CRONICIDAD

Ponentes:

Francesc Miguel Albertí Homar. Coordinador de Atención a la cronicidad i atención sociosanitaria. Servicio de Salud.

Manel Carro. Médico de familia. CS Son Serra.

Aina Maria Piña Nicolau. Enfermera CS Portocristo. UBS Portocristo. UBS Calas de Mallorca

Moderador: Gaspar Tamborero Cao.

Resumen: En los últimos años en nuestra comunidad se ha producido una apuesta firme y decidida para el desarrollo de la Atención a la Cronicidad, con un soporte inequívoco por parte de la *Conselleria de Salut* y del resto de estructuras directivas con responsabilidades sobre nuestra población. Esto se ha traducido, entre otros aspectos, en la creación de nuevas estructuras de planificación y dirección sobre la cronicidad, en la dotación de recursos humanos, inversión en formación y en el desarrollo de instrumentos informáticos, que han permitido su reciente implantación en nuestras islas. Su puesta en marcha, ha tenido una repercusión práctica sobre los profesionales asistenciales de atención primaria y, por otra parte, ha supuesto un costo de oportunidad (en vista de que los recursos son limitados, se ha invertido en cronicidad pero se ha dejado de invertir en otros problemas) que pretendemos analizar en este coloquio.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: CUÉNTAME CÓMO TE HA IDO; ¿HAS CONOCIDO LA FELICIDAD?

Conductor de la mesa: Txema Coll. Médico de Familia. Director de Atención Primaria del Área de Salut de Menorca. Miembro del GdT de Seguridad del Paciente de semFYC.

Ponentes:

-Dr. Carlos Campillo Artero. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ibsalut

-Dra. Paz Merino. Jefa del Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Can Misses. Coordinadora de la Unitat de Seguridad del Paciente del Área de Salut d'Eivissa i Formentera.

-Dr. Bernardino Comas. Médico de Familia. Jefe del Servei de Urgències del Hospital Son Espases.

-Dr. Ignacio Ricci Cabello. Doctor en Epidemiología y Salud Pública. Gerencia AP Mallorca.

-Dra. Pilar Astier. Médico de Familia. Coordinadora del GdT de Seguridad del Paciente de semFYC.

Grupo mundial de Calidad y Seguridad del paciente en la WONCA.

Objetivos: Analizar la situación actual de la seguridad del paciente en nuestro entorno.

Debatir los retos y las dificultades en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente fundamentalmente en la atención primaria.

LISTA DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Código	Título	Primer autor	Pag
O-1	Evaluación de calidad y estilos de vida en un colectivo de camareras de piso.	Gadea Ruiz, Cristina	10
O-2	Prescripció antibiòtica en infeccions urinàries a atenció primària (Estudi AB_Presclin-ITU)	Roca Casas, Antònia.	10
O-3	Urgencias en Atención Primaria	Juan Francisco Vega Ortiz.	10
O-4	Doctor, me duele todo	Pep Lluís Marimon Munar.	11
O-5	Resultados del programa de detección de cáncer colorectal en el área de salud de Tramontana	Arturo José Arenas Abad.	11
O-6	Artralgias secundarias a infecció per Parvovirus B19 en adults.	Jordi Amat salvador.	12
O-7	Un dolor crónico lleno de sorpresas	Juan Ortega Pérez.	13
O-8	Síndrome de Vogt Koyanagi Harada	Lucía María Soler Galindo.	13
O-9	Pericarditis vs Brugada	Bárbara Criado Barga.	13
O-10	Lesiones cutáneas con trascendencia respiratoria	María Inmaculada Borrego Sevillano.	14
O-11	Un gatito gruñón	Juan Ortega Pérez.	14
O-12	Hacia un mundo sin Tabaco	Gorreto Lucia.	15

PÓSTERS CON DEFENSA

Código	Título	Primer autor	Pag.
P-1	Presentación atípica de sífilis.	Patricia Tamargo.	16
P-2	A propósito de un caso: "la importancia de conocer los recursos"	Catalina Núñez Jiménez.	16
P-3	Manejo paciente "difícil"	Lucía María Soler Galindo	16
P-4	La gastroenteritis puede no ser tan banal...	Jose Ignacio Ramírez Manent.	17
P-5	Doctora, siento la piel "crujir"	Sara Gandia Lopez.	17
P-6	Clínica de la intoxicación aguda por cannabis y el efecto de etanol concomitante	Juan Ortega Pérez.	18
P-7	Título: Impacto de la capacidad de elección por parte del paciente del tiempo de consulta sobre la satisfacción y el uso de recursos en Atención Primaria.	Ana Loras, Carme Alcover.	18
P-8	Síndrome febril en paciente inmunodeprimida	María Barona Valladolid.	19
P-9	Validación lingüística del cuestionario Gut Feelings (GFQ) en castellano y catalán	Bernardino Oliva.	19
P-10	¿Onicomycosis o uña psoriásica?	Jose Franco Lorente.	19

PÓSTERS ELECTRÒNICS

Código	Título	Primer autor	Pag.
eP-11	Viejos rockeros, ¿nunca mueren?	Juan Ortega Pérez.	21
eP-12	¿Faringoamigdalitis bacteriana o mononucleosis infecciosa?	Carmen Jiménez Guerrero.	21
eP-13	URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD: ¿TRIAJE, SI O NO?	Berta Figueres Sánchez.	21
eP-14	Creación de una guía de práctica clínica para el uso de probióticos y prebióticos en el adulto y pediatría.	Ana Loras, Laura López.	22
eP-15	Alteraciones menstruales en niñas que aún no han tenido menstruación...	Cristina Vidal Ribas.	22
eP-16	La importancia de consultar por úlceras de repetición	Jose Ignacio Ramírez Manent.	22
eP-17	PREVALENCIA E INCIDENCIA DE DIABETES CON 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO	Marina Truyol Mas.	23
eP-18	Un dolor abdominal que no deja respirar	Matteo Mannucci.	23
eP-19	PROTOCOLO DE DEPRESCRIPCIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	Sara M ^a Guerrero Bernat.	24
eP-20	Doctor, no tengo energía!	Gràcia Julià Noguera.	24
eP-21	DOCTOR, ME ARDE EL PECHO	María Pardo Utiel.	25
eP-22	EFFECTIVIDAD DEL CRIBADO OPORTUNISTA DE HTA EN CONSULTAS MÉDICAS DE AP Y PERFIL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DETECTADOS	Torres Peraza, Jesús Fernando.	25
eP-23	Una orina amb una olor molt característica	Celia López Cleries.	25
eP-24	Manejo de la fibromialgia en Atención Primaria	Oihana Aguirre Salegui.	26
eP-25	Parotiditis, una Enfermedad de Declaración Obligatoria	Patricia Sofía Suárez Lindblad.	26
eP-26	Doctor, me noto cansado	Julia María López Resusta.	27
eP-27	Morbilidad en el colectivo de camareras de piso de una unidad básica que trabajan en una zona turística	Cifre Socias, Apol·lònia.	27
eP-28	Infecciones urinarias de repetición por Kluyvera ascorbata	Iraide Sierra Campillo.	27
eP-29	Quines necessitats formatives tenim entorn a l'alcohol?	Janer Llobera JM.	28
eP-30	Un caso de dolor parotídeo	Mónica Moreno Montoro.	28
eP-31	Trastorno por somatización	Iñigo Segarra Sánchez-Cutillas.	28
eP-32	UN RESFRIADO SOSPECHOSO	Joan Arnau Roselló Galmes.	29
eP-33	¿Esto puede ser por dormir poco?	Jitka Mudrychova.	29
eP-34	NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM): ELEMENTO CLAVE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Sara M ^a Guerrero Bernat.	30
eP-35	"Eso nunca pasa..." Trastorno discínético agudo secundario a fármacos.	Maria del Mar Guillén Castillo.	30
eP-36	¿Este nivel de triglicéridos es compatible con la vida?	Jitka Mudrychova.	31
eP-37	Proyecto MoodFOOD (Multi-country collaborative project on the role of Diet, Food-related behaviour, and Obesity in the prevention of Depression). Protocolo del estudio.	Caterina Vicens, M. Ángeles.	31
eP-38	Me va a explotar la cabeza	Gràcia Julià Noguera.	32
eP-39	Diagnóstico y manejo de un caso clínico de Glucemia basal alterada en ayunas	Carmen Peiró Agramunt.	32
eP-40	Doctor, se me curva el pene.	Elisa Urbina Sampedro.	34
eP-41	Una imagen vale más que mil palabras.	Laura Asuncion Bueno Lopez.	33
eP-42	Leishmaniasis a l'àrea sanitària de Manacor: valoració del grau de declaració	Joan Antoni Puigserver Rosselló.	33
eP-43	El amplio diagnóstico diferencial de la fiebre	Cristina Vidal Ribas.	34
eP-44	El mordisco inofensivo de un gato	Jennifer Paola Cantarero Durón.	34

COMUNICACIONES - TEXTO COMPLETO

COMUNICACIONES ORALES

O-1. Comunicació d'investigació

Títol: Evaluación de calidad y estilos de vida en un colectivo de camareras de piso.

Autores: Gadea Ruiz, Cristina; Tovar Garzón, Maritza Cifre Socias, Apol·lònia; Fuster Hernández, Maria; Chela Álvarez, Xenia; Bullete, Oana.

e-mail: acifresocias@gmail.com

Objetivos: Evaluar la carga física de trabajo, calidad y estilos de vida, y estadios de cambio de las camareras de piso (CP) en una Unidad Básica (UB) de Atención Primaria (AP).

Materiales y métodos: DISEÑO: Estudio descriptivo piloto, de futuro estadio más amplio.

ÁMBITO: UB AP zona turística.

SUJETOS: CP >18 años que habían trabajado en la última temporada como CP y firmaron consentimiento.

TAMAÑO MUESTRAL: Estimamos como necesaria muestra de 97 CP, para universo de 10.000 CP en Baleares, para proporción estimada de 0,5, precisión $\pm 0,1$ y error alfa 0,95

VARIABLES: variables de consumo de tabaco, alcohol, actividad física (IPAQ), dieta mediterránea (PREDIMED), y estadio de cambio para modificar los hábitos no saludables (Prochaska y Di Clemente), incontinencia urinaria (ICIQ-SF) y calidad vida (SF12). Entrevista en la UB.

ANÁLISIS: frecuencias e intervalos de confianza al 95%.

LIMITACIONES: sobrerrepresentación de CP mayores y con morbilidad ya que habían sido visitadas por su médico/enfermera.

Aprobado por la comisión de investigación de AP.

Resultados: Se han evaluado 75 CP (32 pre-identificadas perdidas/excluidas): 54,2% >50 años, mayormente españolas (96%). Un 74,7% (IC95%:64,2-85,2%) tenían contrato fijo-discontinuo y 30,7% (IC95%: 19,6-41,8%) llevaban entre 11-20 años como CP. Un 70,7% (IC95%:59,7-81,7%) realizaba 18-26 habitaciones/día y 46,6% (IC95%:34,7-58,6%) 41-60 camas/día. Estilos de vida: 38,7% (IC95%:27,0%-50,4%) fumadoras activas, un 55% en etapa pre-contemplativa; el 60,0% (IC95%:48,2-71,8%) no seguía dieta mediterránea, 44% en estado pre-contemplativo; el 89,2% (IC95%:81,4-96,9%) sólo realizaban actividad física ligera añadida a su trabajo, 51,5% en etapa pre-contemplativa. Un 50,7% (IC95%:38,7-62,6%) percibían un estado de salud regular y un 41,3% (IC95%:29,5-53,1%) han referido bastante dolor para la realización de sus trabajos habituales.

Conclusiones: Las CP presentan gran carga de trabajo, estilos de vida poco saludables, refieren considerable dolor y peor estado de salud que la población española de igual edad (Encuesta Nacional Salud 2012). Todo ello justifica una futura intervención en la que se está trabajando.

O-2. Comunicació d'investigació

Títol: Prescripció antibiòtica en infeccions urinàries a atenció primària (Estudi AB_Presclin-ITU).

Autores: Roca Casas, Antònia; Arranz Izquierdo, Javier; Boronat Moreiro, M^a Asunción; Zaforteza Dezcallar, Maria; Carandell Jager, Eugenia; Ballester Camps, Antoni.

e-mail: aroca@ibsalut.caib.es

Objetivos: Conèixer i analitzar la prescripció antibiòtica dels metges de família i pediatres en les infeccions urinàries (ITU), com a primera passa per la millora de la prescripció antibiòtica i la lluita contra les resistències bacterianes en el nostre medi.

Materiales y métodos: Anàlisi descriptiu de prescripcions d'antibacterians sistèmics, grup terapèutic ATC "J01", realitzades a pacients ambulatoris amb ITU, en el període 2010-2016.

Àmbit: centres de salut (CS), urgències d'atenció primària i hospitals públics.

Per calcular les taxes (nombre de prescripcions/1.000 persones) s'han utilitzat les dades del sistema d'informació poblacional per any i àmbit geogràfic.

Resultados: En 2016 es realitzaren 81.881 prescripcions d'antibiòtics per ITU a 51.610 persones (5% de la població), un 16% del total d'antibiòtics prescrits. Les taxes de prescripció varen ser: ≥ 80 anys (265), 60-79 anys (128), 40-59 anys (62), 20-39 anys (67), 14-19 anys (51), <14 (18). Les taxes per sexe varen ser: dones 123, homes 28, i la proporció segons àmbit: CS 69%, urgències d'atenció primària 19%, hospital 11%. Un 14% de prescripcions es feren a pacients amb diabetes, 3% a malalts renals crònics i 0,4% a immunodeprimits. Els antibiòtics més utilitzats varen ser: fosfomicina 44%, fluorquinolones 24%, amoxicilina-clavulànic 12% i cefalosporines de 2^a generació 11%. Des de 2010 s'ha reduït l'ús de fluorquinolones (-9%) i d'amoxicilina-clavulànic (-4%), i ha augmentat fosfomicina (14%) i cefalosporines de 2^a generació (3%).

Per diagnòstic, els més prescrits: Cistitis: fosfomicina (53%); Pielonefritis: amoxicilina-clavulànic (30%); Infeccions urinàries no especificades: fosfomicina (43%); Prostatitis: fluorquinolones (69%); Orquiepididimitis: fluorquinolones (59%).

Conclusiones: Tot i que és insuficient, la reducció en la prescripció de les fluorquinolones per al tractament de les ITU és una bona notícia. L'anàlisi i seguiment de les prescripcions en el futur permetrà avaluar l'impacte de les futures mesures que s'adoptin per millorar la indicació i la prescripció dels antibiòtics.

O-3. Casos clínics

Títol: Urgències en Atención Primaria.

Autores: Juan Francisco Vega Ortiz, María Inmaculada Borrego Sevillano, Joan Arnau Rosello Galmes, Jennifer Paola Cantarero Duron.

e-mail: curian21@hotmail.com

Àmbit: Urgències en Atención Primaria
Multidisciplinar

Motivo de consulta: Cefalea

Paciente de sexo masculino, de 53 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos de interés, ni factores de riesgo cardiovascular, con antecedente patológico de hiperplasia prostática benigna y quirúrgico de amigdalectomía, en tratamiento con Vesomni, Avidart y Airtal. Padre diagnosticado de hipertensión arterial esencial. Vive con su mujer e hijos. Vida tranquila y sedentaria.

Acude a consulta de atención primaria por cefalea holocraneal, de una semana de evolución, de intensidad moderada, que se exacerba con maniobras de Valsalva y la bipedestación, que ha ido incrementándose en estos últimos días siendo más violenta e invalidante en las últimas horas, acompañándose de cortejo vegetativo, desorientación, hipersomnía y cervicalgia (el paciente se sujeta la cabeza, refiere pesadez cefálica).

Consciente y orientado en las tres esferas, Glasgow 13/15, estado general conservado, hipersomne, confuso, bradipsíquico, poco colaborador, afebril, hipertenso, hiperglucémico (198mg/dl), eupneico, con auscultación cardio-pulmonar normal y moderada rigidez nuca. Kernig y Brudzinski (positivos). 3 puntos en la escala de Hunt y Hess.

Se deriva en ambulancia al hospital mas cercano para estudio complementario de imagen TAC donde se confirma la sospecha clínica de Hemorragia Subaracnoidea

No antecedentes de migraña en la familia.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial: Migraña, Meningitis aséptica, Encefalitis hipertensiva, Tumores, Hemorragia intraparenquimatosa, Enfermedad vascular cerebral.

IP: Radica en el tipo de cefalea descrito por el paciente, de carácter progresivo, fuera del patrón característico de abrupta, aguda y extremadamente intensa.

Tratamiento y plan de actuación: Tratamiento conservador: Omeprazol 40mg, Midazolam 25mg/h, Primperan 10mg, Metamizol 2g, Cloruro mórfico 2,4mg/h y 500ml suero fisiológico EV.

Medidas generales: Reposo absoluto en la camilla, cabecero inclinado 30º, monitorización continuada de constantes vitales y control glucémico.

Tras empeorar el estado global del paciente, se traslada desde urgencias a la unidad de cuidados intensivos, donde requirió de ventilación mecánica, una vez estabilizado, se trasladó al servicio de neurocirugía.

Evolución: A pesar del mal pronóstico inicial del paciente, se recuperó sin secuelas tras permanecer 2 meses ingresado en planta de neurocirugía. Durante su ingreso precisó de rehabilitación.

Conclusiones: A pesar del asediado desprestigio hacia nuestra especialidad, casos como este, demuestran como el médico de primaria es capaz de orientar, diagnosticar y manejar inicialmente patologías de carácter urgente.

O-4 Casos clínicos

Título: Doctor, me duele todo.

Autores: Pep Lluís Marimon Munar, Mónica Moreno Montoro, José Franco Lorente.

e-mail: peplluismarimon@gmail.com

Ámbito: Atención primaria.

Motivo de consulta: Poliartralgias.

Antecedentes personales: No AMC, no hábitos tóxicos. DM tipo 2 e HTA.

Anamnesis: Hombre de 73 años consulta por poliartralgias de 3 meses de evolución. Inicio en cintura escapular y, posteriormente, cintura pelviana.

Exploración física: Afebril, TA 100/51, MEG, no adenopatías. TCR 90x', IY (-), cifosis dorsal y roncus dispersos e hipofonosis basal derecha. Edemas crónicos en piernas.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12'4, Leucocitos 12000, VSG 42, PCR 5'28. FR, ANA y ANCA negativos.

Casado, independiente para las ABVD. Buena relación con su mujer, hijo y nuera. Clase social media-alta.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: La clínica y las pruebas complementarias nos plantean como diagnóstico Polimialgia Reumática.

Diagnóstico diferencial se distribuye en 4 pilares: infeccioso (virales, tuberculosis, endocarditis infecciosa), neoplásico (mieloma, carcinoma, linfoma), enfermedades músculoesqueléticas (AR, polimiosistis, LES, osteoartritis, osteoporosis) o endocrinológico (hipotiroidismo).

Identificación problemas: al ser una patología más frecuente en mujeres y la falta de sinovitis, nos pueden hacer dudar del diagnóstico. Pero una anamnesis correcta y una exploración física orientada (Criterios de Bird) nos puede facilitar el posible diagnóstico.

Tratamiento y plan de actuación: Corticoides durante 1 ó 2 años, habitualmente respuesta en 48 horas (la falta de respuesta en una semana hace dudar del diagnóstico). Si asociada a arteritis de la temporal, las necesidades de corticoides aumentan. El metotrexato puede acortar la duración del tratamiento con corticoides y reducir su dosis diaria. Por nuestra parte apoyo emocional y visión esperanzadora en la buena evolución con el tratamiento adecuado.

Evolución: El paciente con el tratamiento prescrito denota gran mejoría al cabo de un mes pudiendo reanudar las actividades del campo que tuvo que dejar por la limitación funcional. Al año presenta normalización del VSG. Tras la suspensión del tratamiento con esteroides, permanece libre de síntomas.

Conclusiones: Las poliartralgias son un motivo frecuente de consulta en atención primaria, por lo tanto, debemos tener en cuenta el amplio diagnóstico diferencial que estas conllevan. La clínica y las pruebas complementarias indicadas permiten concretar el diagnóstico para un tratamiento adecuado y preciso que evite posibles complicaciones (arteritis de células gigantes, más de la tercera parte la desarrollan sin un tratamiento correcto en un año). Debemos monitorizar su evolución, ya que se asocia con un aumento de mortalidad cardiovascular.

O-5. Comunicació d'experiències/proyectos

Título: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CANCER COLORECTAL EN EL AREA DE SALUD DE TRAMONTANA

Autor: Arturo José Arenas Abad, José Ferriol Bergas, Antonio Serra Torres, Margarita Soberats Reus, Miquel Vicens Vicens, Nuria Wunderlich Gracia, José Reyes Moreno, María del Carmen Sanchez-Contador Escudero.

e-mail: ajarenas@ibsalut.caib.es

Objetivos: Presentar los resultados y el impacto de la primera ronda del programa en el Área de Salud de Tramuntana. Valorar

asimismo las posibilidades que la mayor implicación de la Atención Primaria tendría para la mejora del programa.

Descripción de la experiencia:

Presentamos los resultados de los primeros 3 años del programa (Primera ronda completa y la mitad de la segunda ronda). La población incluida representa 115000 habitantes, el 12% de la población de Baleares. La población diana (50-69 años) fue de 25445 personas. Se incluyen en el programa únicamente personas de 50 a 69 años, asintomáticas sin antecedentes familiares ni personales de cáncer colorrectal. Se ha utilizado como técnica de cribado la sangre oculta en heces (SOH) inmunológica cuantitativa (OC-Sensor Palex) con un punto de corte en 100 ng/ml.

Los pacientes son invitados a participar mediante una carta. Dicha carta permite la recogida del kit de SOH en las Farmacias adheridas al programa. La devolución del kit se ha realizado en urnas colocadas en la entrada de los centros de salud. Los pacientes con resultado negativo, reciben carta informativa, los pacientes con resultado positivo son citados para consulta de pre-endoscopia. La colonoscopia se realiza según los criterios de calidad de las guías clínicas establecidas en el Hospital Comarcal de Inca.

Resultados: Los resultados disponibles son desde Enero 2015 hasta Diciembre 2017.

En la tabla 1. Se reflejan los datos generales del programa.

Destacamos el envío de 42945 cartas, la realización de 14125 tests de SOH, 784 colonoscopias.

También destacamos la detección de 178 pacientes con pólipos de alto riesgo y 45 casos de cáncer colorrectal. El 80 % de los casos de cáncer colorrectal detectados han correspondido con estadios I y II.

La tasa de participación global durante los tres años ha sido del 33%.

La tasa de participación en el Estudio Piloto del Programa en la población de Muro fue el 42%

La media nacional es del 49% y la tasa de participación recomendada es del 65%.

Se han producido tres perforaciones, dos tratadas de manera conservadora con cierre de la perforación con colocación de clips endoscópicos, la tercera requirió tratamiento quirúrgico. No se han producido hemorragias significativas. No se han producido exitus asociados al programa.

Conclusiones y perspectivas: Ha sido posible el desarrollo de los primeros 3 años del programa de cribado de cáncer de colon y recto en el área de Tramuntana de forma eficaz y sin complicaciones significativas.

El funcionamiento del programa y las lesiones detectadas se encuentran dentro de los rangos previstos antes de la puesta en marcha del mismo. En los territorios donde el programa se encuentra en funcionamiento se detecta un descenso en la mortalidad por cáncer del colon del 30% a los 4-5 años de funcionamiento del programa.

La tasa de participación no llega todavía a los objetivos deseados, pero consideramos que la toma de un mayor protagonismo por parte de Atención Primaria en la inclusión de los pacientes, permitirá una clara mejoría de la misma, como quedó demostrado en el pilotaje en la población de Muro.

0-6. Casos clínicos

Títol: Artralgies secundaries a infecció per Parvovirus B19 en adults.

Autors: Jordi Amat salvador. Susana Pons Vives. Patricia Tamargo Garcia.

e-mail: jordiamat@hotmail.com

Motiu de consulta: Dona de 40 anys que consulta per poliartralgies y astenia.

Història clínica: polimialgies i poliartralgies migratòries de 3 dies d'evolució, inicialment a ambdós canells, i posteriorment a ambdós turmells y genoll dret. Refereix, 2 dies abans del inici de la poliartralgia, febrícula (pic febril 37,9°C), astenia, eritema facial autolimitat y exantema en extremitats inferiors i superiors de quatre dies d'evolució.

Antecedents personals: Fórmula obstétrica: 3.0.1.3. Profesió: Treballadora Social

Antecedent patològics:

Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

No hàbits tòxics. Neumonia l'any 2010.

Estrenyiment crònic.

Antecedents quirúrgics: Colecistectomia, Amigdalectomia.

Tractament habitual: No pren medicació

Exploració física:

- Aparell locomotor: dolor a la palpació a ambdós carps y amdos turmells. No signes flogòtics ni edemes.

- ACP: sense alteracions.

- Pell i mucoses: exantema macular y lesions purpurico-petequials a meitat inferior i turmells d'ambdues extremitats inferiors.

- Resta d'exploració sense altres alteracions.

Proves complementàries:

1ª analítica:

Hemograma/Coagulació/Bioquímica/Funció renal/Hepàtica i Tiroidea: sense alteracions. Serologia VIH/VHC/T.Pallidum: negatives.

Immunoglobulines: Ig M: 303 mg/dl. Proteinograma serum: normal. Autoimmunitat sistèmica: AC antinuclears, Anticossos anti-DNA, Anti-ENA i Factor reumatoide: negatius.

Velocitat de sedimentació globular: normal.

- Rx canells bilateral: sense lesions osies.

2ª Analítica:

Serologia Mononucleosis per Citalomegalovirus i Virus Epstein-Barr: negatives

Serologia Parvovirus B19: positiva (IgM i IgG positives).

Ambient epidemiològic familiar: dos fills menors, de 6 i 11 anys, diagnosticats, per la clínica, de Megaloeritema, 10 dies abans del inici de la clínica.

Judici clínic: Artropatia secundària a infecció per Parvovirus B19

Diagnostic diferencial: malalties autoimmunitàries.

Tractament: Prednisona oral i Naproxen durant 12 dies.

Evolució: Milora progressiva amb poliartralgies intermitents durant 4 mesos.

Conclusions: patologia majoritàriament benigne amb major incidència a l'edat escolar. A tenir en compte a Atenció Primària, en adults pot cursar de manera asintomàtica. Important ambient epidemiològic familiar. Davant poliartritis aguda tenir present la

etiologia vírica. El Parvovirus B 19 és responsable de un 3,3% dels pacients amb Artritis reactiva aguda

O-7. Casos clínics

Títol: Un dolor crònic lloeno de sorpresas

Autores: Juan Ortega Pérez, Gràcia Julià Noguera, Meritxell Vidal Borràs.

e-mail: juanop24@gmail.com

Àmbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Dolor abdominal y vómitos.

Varón de 35 años con cuadro clínico intermitente de meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal generalizado, asociado a vómitos incoercibles y sensación de frío. Sin fiebre, no relacionado con ningún alimento. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias hospitalarias, necesitando ingreso en algunas de ellas. Se le ha realizado TAC abdominal, gastroscopia, colonoscopia y analíticas generales con serologías e inmunidad. Todas las pruebas entran dentro de la normalidad. La exploración en la consulta está dentro de la normalidad. Conocido del cupo.

No antecedentes patológicos, niega ingesta de alcohol. Afirma consumir marihuana habitualmente.

El paciente vive con su madre, viuda. No tiene pareja. Viven con el sueldo de su madre y de los trabajos que va teniendo esporádicamente él. Están preocupados ya que ha perdido trabajos debido a estos síntomas.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Me planteo síndrome de hiperémesis cannabinoide

Tratamiento y plan de actuación: Al no tener síntomas, no se establece ningún tratamiento. Se cita en nueva consulta para abordar el consumo de cannabis.

En la consulta siguiente cuenta que el dolor no lo había presentado hasta toma de marihuana. Niega problemas familiares ni laborales, aunque le afecta en el día a día. Establezco con el paciente la necesidad de abandonar el abuso de marihuana por desencadenante de los síntomas.

Evolución: Tras un año, el paciente niega haber vuelto a presentar los síntomas descritos. Niega consumo de marihuana

Conclusiones: El síndrome de hiperémesis cannabinoide está relacionado con la toma de marihuana. Se diagnostica por clínica y es de exclusión.

El médico de familia es básico tanto en el diagnóstico, como en el seguimiento y en la ayuda a la deshabituación de tóxicos (en este caso la marihuana) y resolución del cuadro clínico. El médico de familia puede realizar un abordaje con el paciente y con la familia al conocer el paciente en todos los ámbitos.

O-8. Casos clínics

Títol: Síndrome de Vogt Koyanagi Harada

Autores: Lucía María Soler Galindo, Juan Ortega Pérez.

e-mail: luciasoler1987@gmail.com

Àmbito: Mixto. Caso multidisciplinar

Motivo de consulta: Cefalea

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 40 años, Fumadora (DTA 20paq/año) . Miopía. No otras patología ni intervenciones quirúrgicas. Niega tratamiento habitual

ANAMNESIS: Acude por cefalea frontal de intensidad moderada, que ella relaciona con situación laboral y personal estresante. Cefalea sin criterios de gravedad. La seguimos en consulta por persistencia de la misma y a los 2 meses, reacude porque inicia cuadro de mareos, con pérdida de agudeza visual progresiva, miodesopsias. Náuseas, no vómitos. Niega pérdida audición ni acúfenos. No fiebre ni clínica infecciosa. Niega traumatismo craneal ni oftalmológico. No otra sintomatología acompañante
 EXPLORACIÓN: hemodinámicamente estable. EVA: 6/10. Regular estado general. Exploración neurológica sin alteraciones. No rigidez de nuca, no signos meníngeos. ORL sin alteraciones. OFT: hiperemia conjuntival ojo derecho. Agudeza visual ojo derecho 8/10 y ojo izquierdo 9/10. Fondo de ojo: desprendimiento de retina exudativo bilateral. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad.

Vive con su hija de 9 años. Clase social media-alta. Contrato laboral estable. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Acontecimientos vitales estresantes: divorciada

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Cefalea y alteración visual a estudio por lo que se deriva al servicio de urgencias para realización de pruebas complementarias

Se realiza diagnóstico diferencial con enfermedad sistémica, central, oftalmológica, tumoral.

Tratamiento y plan de actuación: Tratamiento: Oftalmología inicia tratamiento corticoides sistémicos y tópico

Una vez realizado analítica, radiografía tórax, Tac cerebral sin hallazgos de interés, es valorada por oftalmología y neurología para completar estudio

Evolución: En este caso la paciente fue diagnosticada en etapas tempranas de la enfermedad y ha tenido una evolución satisfactoria con mejoría de la agudeza visual y cefalea controlada con analgesia menor.

Conclusiones: La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia del seguimiento de nuestros pacientes englobando sus visitas en un conjunto, trabajar los conocimientos y las habilidades necesarios para conocer y dar respuesta a los motivos de consulta más frecuentes en AP

A pesar de que el síndrome VKH es una enfermedad poco frecuente presenta complicaciones importantes como la pérdida de la visión en pacientes jóvenes, por lo que su diagnóstico temprano se vuelve esencial para un mejor pronóstico, la anamnesis adecuada, el examen físico con una exploración oftalmológica minuciosa.

O-9. Casos clínics

Títol: Pericarditis vs Brugada.

Autores: Bárbara Criado Barga, Laura Tossolini, Mercedes Gutierrez García.

e-mail: b.criado.barga@gmail.com

Àmbito: Atención primaria

Motivo de consulta: Dolor torácico

Varón de 38 años con antecedentes de dos episodios de pericarditis, uno de ellos con derrame pericárdico. Acude por odinofagia con febrícula de 37.8º de 2 días de evolución, e inicio de dolor torácico de baja intensidad, punzante, en región inframamaria izquierda, que aparece en decúbito , desaparece con la sedestación y la bipedestación y que mejora con ibuprofeno.

En la exploración física destaca un soplo sistólico II/VI en focos tricúspide y pulmonar, una faringe congestiva con hipertrofia y exudado amigdalal.
 El ECG muestra ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, PR 40 milisegundos (ms), QRS 80 ms, elevación de ST en V1 y V2 de 3 milímetros.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Ante la sospecha de nuevo episodio de pericarditis se deriva a hospital.
 Otros diagnósticos diferenciales podrían ser: pericarditis, síndrome coronario agudo, miocarditis, trastornos iónicos, TEP, hipertrofia Ventriculo derecho, bloqueo de rama derecha...
 Analítica: Leucocitosis de 17.600, neutrofilia 84.80 %, Proteína C Reactiva 10.48 mg/dL, Troponina Ihs <1,9 ng/L.
 Se valora el ECG con cardiólogo que informa el ECG como síndrome de Brugada.
 Tratamiento y plan de actuación: Se realizó tratamiento sintomático de la fiebre y de la amigdalitis aguda y se cita en Consultas externas de Cardiología.
 Evolución: A la semana y con el paciente asintomático se repite ECG, que muestra cambios importantes respecto al día del ingreso.
 Conclusiones: Desde el punto de vista de atención primaria es importante conocer los desencadenantes que pueden desenmascarar un patrón Brugada como bradicardia, fiebre, agentes vagotónicos. Asimismo, debemos tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de una elevación de ST, sobretodo si se acompañan de estos síntomas; y conocer nuestros pacientes que lo presentan ya que merecen una atención especial, en el control de los desencadenantes y los fármacos que debemos evitar prescribir tales como alumnos antiarrítmicos, psicotrópicos y anestésicos entre otros.

O-10. Casos clínicos

Título: Lesiones cutáneas con trascendencia respiratoria.

Autores: Maria Inmaculada Borrego Sevillano, Maria Barona Valladolid, Maria Pardo Utiel, Juan Francisco Vega Ortiz.

e-mail: i.bs@hotmail.com

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Tos, fiebre y poliartralgias

Paciente mujer, de 26 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora activa de 4-5 cigarrillos/día, con antecedentes patológicos de asma extrínseca bien controlada, en tratamiento con salbutamol a demanda.

Acude a consulta de atención primaria por un cuadro de tos productiva, fiebre de 38°C y poliartralgias de una semana de evolución, con presencia de lesiones cutáneas nodulares de coloración rojo-violácea y dolorosas en cara anterior de ambos miembros inferiores de aparición reciente.

A la exploración física está consciente y orientada, eupneica en reposo. AC: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. AP: disminución generalizada del murmullo vesicular y sibilantes inspiratorios en ambos campos pulmonares. Presencia de nódulos eritematosos indurados y dolorosos a la palpación en extremidades inferiores.

No antecedentes patológicos de interés en la familia. Vive sola y trabaja en hostelería.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se decide realizar de urgencias una radiografía de tórax en la que se visualizan adenopatías hiliares bilaterales e infiltrados en vidrio deslustrado, sobre todo en campos superiores. Ante la sospecha, en la analítica destaca: linfocitosis, aumento de la VSG, hipercalcemia, aumento de la ECA e hipovitaminosis D. Lavado broncoalveolar: cociente CD4/CD8 >4. Pruebas funcionales respiratorias: alteración ventilatoria restrictiva de grado moderado y disminución de la difusión.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Con todos estos datos sospechamos Sarcoidosis, enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, que fue confirmada tras la realización de una biopsia transbronquial.

Diagnóstico diferencial con enfermedades pulmonares intersticiales tales como: fibrosis pulmonar, histiocitosis, linfangioleiomiomatosis, proteinosis alveolar. Síndrome de Lofgren vs Síndrome de Heerdfordt.

Tratamiento y plan de acción: Abstinencia hábito tabáquico. Levofloxacin 500mg c/24h 10 días. Tramadol/paracetamol (37,5/325mg) 1 comprimido c/12h. Ventolin 100mcg, 2 puff c/6h. Relvar Ellipta 184/22mcg, 1puff c/24h. Deltius 25.000 UI/2.5ml c/2sem. Pauta descendente de corticoides (de inicio 30mg prednisona c/24h hasta llegar a 5mg de mantenimiento).

Evolución: Al tratarse de una enfermedad benigna y generalmente autolimitada, con el cumplimiento del tratamiento pautado y siguiendo las recomendaciones, la paciente evolucionó favorablemente resolviéndose el cuadro por el cual consultó al inicio.

Conclusiones y aplicabilidad AP : Es importante para el médico de familia la visión global para conciliar cuadros que abarcan manifestaciones articulares, cutáneas y respiratorias para llegar a un diagnóstico certero con la ayuda de pruebas complementarias.

O-11. Casos clínicos

Título: Un gatito gruñón.

Autores: Juan Ortega Pérez, Gràcia Julià Noguera, Meritxell Vidal Borràs

e-mail: juanop24@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta Adenopatía axilar y fiebre.

Mujer de 32 años sin antecedentes de interés. Acude por presentar fiebre vespertina de 3 semanas de evolución hasta 39°C; cede con paracetamol 1 gramo. Desde hace unos días presenta tumoración axilar izquierda. No tos ni expectoración, no síndrome miccional. Ambiente familiar y laboral no epidémico. Comenta que ha recogido un gato callejero recientemente. Le mordió en la mano izquierda.

Tumoración axilar dolorosa, no fluctuante. Adenopatías de pequeño tamaño no adheridas a plano profundos. Resto sin alteraciones.

Vive con su marido y con su hijo de 5 años. Ninguno presenta fiebre.

Se orienta como una fiebre de origen desconocido.

Se puede pensar en infección por virus hepatotropos, enfermedad por arañazo de gato, tuberculosis.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se solicita analítica general con hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, serologías virus hepatotropos, Bartonella henselae, VIH, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum. Radiografía de tórax.

Medidas sintomáticas para control de temperatura.

Destacan 15.000 leucocitos con desviación a la izquierda y PCR de 12. Resto de analítica normal. Serología positiva para

Bartonella henselae, resto negativas. Radiografía sin alteraciones.

Tratamiento y plan de actuación: Se pauta doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días y tratamiento sintomático.

Evolución: La paciente está asintomática en la visita de control.

Conclusiones: La enfermedad por arañazo de gato debería estar en la mente de un médico de familia delante de un paciente con adenopatías y/o fiebre. Es muy importante indagar los antecedentes personales, patológicos y epidemiológicos.

El médico de familia juega un papel muy importante en el diagnóstico de enfermedades infecciosas; se conocen los antecedentes del paciente al conocerlo de la consulta. Es el que tiene la posición ideal para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de patologías. La habilidad del médico de familia es básica para llegar al diagnóstico y cuyo seguimiento es un pilar en sus competencias.

O-12. Comunicació d'investigació

Título: Hacia un mundo sin Tabaco. Encuesta de la semana sin humo 2018.

Autores: Gorreto L; Minué C; Mendiguren M.A; Barchilón V; Gueto V; Beni D, Ribera JA.

e-mail: luciagorreto@gmail.com

Introducción: SemFYC convoca desde hace 19 años la Semana Sin Humo concienciando de la importancia de no fumar, apoyando a los exfumadores y haciendo visible el grave problema social y sanitario del tabaquismo.

Objetivos: Valorar la percepción social del tabaquismo en España, el impacto de las medidas legislativas, su cumplimiento y la aceptación de nuevas medidas más protectoras. Analizar la imagen de los fumadores y exfumadores, sus consumos, para realizar estrategias de abordaje individual o comunitario con ellos.

Resultados: Se recogieron 10.340 encuestas durante 1 mes en España. El 22.9% eran fumadores, se iniciaron entre los 17 y 18 años, fumaban 10.5 cig/día, el 70% fumaban cigarrillos convencionales y los que se habían planteado dejar de fumar lo hacían por salud. Exfumadores el 34%, el 57% de 10 años. 82% lo habían dejado sin ayuda, el 18% restante que había precisado ayuda en su mayoría prefería a profesional sanitario de referencia (médico o enfermera).

El 60.8% estaría a favor de prohibir fumar en los vehículos privados y un 64.1% en lugares públicos al aire libre como estadios deportivos, piscinas o centros comerciales abiertos.

El 65.4% se consideran fumadores pasivos, el 31.4% por exposición en terrazas.

Aplicabilidad de los Resultados: Los datos de esta encuesta, permiten obtener herramientas de cara al abordaje del paciente fumador, medidas de prevención comunitaria que disminuyan la prevalencia de consumo y el uso de nuevos productos de tabaco sobre todo en población joven.

Conclusión: Elevada percepción del tabaquismo como problema de salud pública, preocupación por el tabaquismo pasivo en la sociedad y aceptabilidad de medidas más protectoras a la hora de legislar espacios sin humo y de hacer cumplir la ley en los establecimientos actuales. Atención primaria sigue siendo el lugar de referencia para abordar el tabaquismo en las personas que precisan ayuda

COMUNICACIONES – TEXTO COMPLETO

PÓSTERS CON DEFENSA

P-1. Casos clínicos

Título: Presentación atípica de sífilis.

Autores: Patricia Tamargo, Natalia Feuerbach, Jordi Amat.

e-mail: patri_tamar@hotmail.com

Atención Primaria. C.S. Sant Agustí.

Motivo de consulta: Lesión ulcerosa en labio inferior.

Varón de 45 años, sin alergias conocidas, fumador (DTA: 20 paquetes/año), sin otros hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos: VIH, pioderma gangrenoso en pierna. Medicación habitual: ciclosporina, abacavir/lamivudina + dolutegravir, sulfametoxazol/trimetoprim.

Último control analítico previo a la consulta CD4+: 200, CV: indetectable.

Acude a la consulta de Atención Primaria por lesión ulcerosa en labio inferior de seis semanas de evolución.

Se sospecha pioderma gangrenoso/ carcinoma espinocelular por lo que se biopsia con resultado AP inespecífico y RPR de 1/128.

+ Comenta relación sexual MSM de riesgo 3 meses antes de aparecer la lesión en el labio. Dos semanas después de aparecer la lesión ulcerosa aparecen lesiones papulosas en palmas y plantas; unos meses después debuta con neurosífilis en forma de neuritis del nervio auditivo confirmada por punción lumbar positiva.

En España la incidencia de sífilis se ha quintuplicado en los últimos quince años. El grupo más vulnerable es el MSM el cual debemos proteger mediante medidas preventivas y educación sexual además de realizar cribaje en asintomáticos

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: chancro sífilítico en labio con secundarismo luético y neurosífilis precoz.

Tratamiento y plan de actuación: Penicilina Benzatina sódica 2,4 millones de unidades endovenosa x 24h durante 14 días, Dexametasona intratimpánica y Prednisona 30 mg x 24 h durante 4 días.

Evolución: El paciente evolucionó favorablemente tras el tratamiento antibiótico y corticoideo.

Conclusiones: El VIH modula la infección treponémica, la cual se presenta de forma atípica con aparición de chancros profundos, múltiples, dolorosos, lesiones extragenitales, solapamiento de síntomas, aparición de los tres estadios en corto período de tiempo y mayor incidencia de neurosífilis precoz.

P-2. Casos clínicos

Título: A propósito de un caso: "la importancia de conocer los recursos".

Autores: Catalina Núñez Jiménez, Rosa Morey Rosselló, M^a de los Reyes Cartagena Gimeno.

e-mail: catalunez@gmail.com

Ámbito: Atención primaria

Motivo de consulta: Llamada del instituto ya que una alumna de 14 años se ha autolesionado en el brazo con unas tijeras. La paciente refiere que está triste ya que su padre, que está en Senegal, está enfermo. A la exploración presenta varios cortes en antebrazo.

Los padres de la menor están en Senegal y ella está con una hermana mayor de edad

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Las lesiones que presenta la paciente no son importantes pero dado el discurso que muestra de tristeza, no parece adecuado que se vaya a su casa sola.

Tratamiento y plan de acción: Decidimos derivarla al Hospital Son Espases para que sea valorada por salud mental infantil juvenil. En el instituto, han llamado al policía tutor que es el que les indica que nos llamen. Se ha intentado localizar a la familia, pero no se consigue. Contactamos con la UFAM (Unidad de familia y mujer) (policía nacional) quien tras darle la dirección y ver que estamos en un municipio que no es Palma nos deriva a la EMUME (equipo mujer y menor de la guardia civil). Tras hablar con ellos nos transfieren a Fiscalía de menores. En Fiscalía nos comunican que la menor puede ser trasladada sola en ambulancia hasta el hospital. Acude la ambulancia al instituto y según protocolo, nos comunican que no pueden trasladar a la menor sola ya que es menor de edad

Evolución: Tras 5 horas, se localiza a la hermana, que acompaña en la ambulancia a la menor al hospital donde es valorada por equipo de psiquiatría y es dada de alta con seguimiento posterior en IBSMIA

Conclusiones: Es importante y necesario tener un algoritmo de actuación en casos como el descrito y conocer el reglamento al respecto.

P-3. Casos clínicos

Título: Manejo paciente "difícil"

Autores: Lucía María Soler Galindo.

e-mail: luciasoler1987@gmail.com

Ámbito: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: síntomas diversos no concluyentes

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 53 años, Fumadora (DTA 30paq/año) . Síndrome ansioso. Niega tratamiento habitual

ANAMNESIS: Paciente del cupo, hiperfrecuentadora, muy demandante. Nerviosa y angustiada desde hace años por tener alguna patología maligna. Consulta internet por síntomas y posteriormente acude a la consulta con miedo a tener distintas patologías.

Visitada por diversos motivos en los últimos meses tanto en atención primaria como en urgencias hospitalaria, ninguno de ellos concluyentes. Mejoró tras iniciar tratamiento con antidepresivos y ansiolítico

EXPLORACIÓN: Nerviosa y angustiada. Hemodinámicamente estable. No pérdida de peso ni síndrome constitucional, No adenopatías a ningún nivel. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acude a urgencia donde realizan Rx tórax resultando incidentalmente patológica, por lo que completan estudio de manera ambulatoria con TAC y posteriormente PET-TAC, tras las cuales se diagnostica de: **ADENOCARCINOMA** pulmonar estadio IV (Ct1An3M1b) con afectación adenopática múltiples supra e infra diafragmáticas, derrame pleural y pericárdico, afectación de páncreas, Srizquierda, renales bilaterales, grasa mesentérica y ósea. Separada. Tiene una hija. Vive con una hermana y su cuñado. Red de apoyo familiar y social adecuado. No trabaja. Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Neoplasia con metástasis en paciente manejo difícil. Dificultad para realizar diagnóstico diferencial en paciente hiperfrecuentador y demandante, ya que este perfil de usuarios distorsiona en ocasiones la relación médico-paciente dificultando un abordaje concreto ante un cuadro clínico o una enfermedad. Tratamiento y plan de actuación: Radioterapia paliativa. En seguimiento por salud mental. Cuidados paliativos Evolución: En tratamiento paliativo y psicoterapéutico. Vive con miedo, con desconfianza hacia el personal sanitario. Conclusiones: Importancia del manejo de "paciente difícil" y de nuestra actitud hacia él Trabajar la paciencia, el respeto, la tolerancia y la aceptación de la realidad del paciente. Practicar la escucha activa para conocer y priorizar en cada momento los problemas más importantes desde el punto de vista del paciente. Cultivar la empatía ya que es la mejor y más efectiva habilidad para manejar situaciones difíciles. Aprender habilidades asertivas y estrategias específicas para pacientes con trastornos de personalidad. Considerar las situaciones difíciles como un reto profesional, una posibilidad de conocer más y mejor al paciente, sin dejarse llevar por el primer impulso de rechazo.

P-4. Casos clínicos

Título: La gastroenteritis puede no ser tan banal...

Autores: Jose Ignacio Ramírez Manent, Cristina Vidal Ribas, Jitka Mudrychova.

e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta:

Varón, 23 años, acude por náuseas, vómitos y diarreas desde el día anterior.

Antecedentes personales: No AMC. AP sin interés.

Anamnesis Tanto él como su hijo tienen cuadro de náuseas, vómitos y diarreas. Se diagnostica gastroenteritis aguda, sin signos ni síntomas de alarma. Se recomienda dieta. El paciente mejora del cuadro pero reacude por aparición dos días antes de pérdida de fuerza muscular en ambas piernas.

Exploración: Neurológica: disminución de la fuerza muscular de EEII, con reflejos rotulianos y aquileos abolidos (bilateral). Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias Se remite a urgencias sospechando Sd. Guilliam-Barre secundario a cuadro vírico. Se realiza analítica (es anodina) y serologías para Borrelia/Bruceosis/Epstein Bar/CMV/Campylobacter (resultan negativas), así como punción lumbar (prot 28mg/dl, PCR viral negativa).

Es ingresado en neurología, realizándose RMN, que es anodina, y EMG, objetivándose signos de polineuropatía motora, con datos de desmielinización).

Vive con sus padres, no pareja estable. Buen apoyo familiar y red social. En el momento de la aparición de la clínica no está trabajando. Nivel socio-económico medio-bajo

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

Guilliem- Barré.

Miastenia gravis

Mielopatía aguda

Poliomielitis.

Botulismo.

Difteria.

Enfermedad de Lyme.

Neuropatía. Tratamiento y plan de acción:

Tratamiento y plan de acción:

Se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa.

Evolución:

El paciente mostró buena respuesta al tratamiento, siendo preciso meses de rehabilitación para recuperar la fuerza muscular en las extremidades inferiores. Mantiene disminución en los reflejos rotuliano y aquileo (4/5)

Conclusiones

El síndrome de Guilliam Barre es una enfermedad por lo general demielinizante, del grupo de las polineuropatías ascendentes.

Afecta al área motora, aunque también puede hacerla a la sensitiva, manifestándose como pérdida de fuerza en extremidades y areflexia. En un gran porcentaje de los casos va precedida de una infección viral, con una recuperación completa en el 90% de los pacientes, aunque dicha recuperación es lenta (varía de semanas a años). Es muy poco frecuente, afectando a uno de cada 100,000 habitantes, pero hay que pensar en ella en pacientes con parálisis ascendente de rápida aparición, con arreflexia en la exploración.

P-5. Casos clínicos

Título: Doctora, siento la piel "crujir".

Autores: Sara Gandia Lopez, Celia López Cleries, Jitka Mudrychova.

e-mail: sra44_g@hotmail.com

Ámbito: Atención primaria

Motivo de consulta: Tos y mareo de dos semanas de evolución

Varón de 15 años sin antecedentes médicos de interés y sin hábitos tóxicos, acude por tos seca de una semana de evolución y que no se acompaña de fiebre, otalgia u odinofagia. Paciente afebril, auscultación cardiopulmonar normal y exploración otorrinolaringológica normal salvo leve hiperemia en faringe. Se aconseja al paciente en la consulta para realizar medidas

higiénicas como hidratación y no forzar la voz. A los siete días, el paciente reacude a la consulta refiriendo que la tos no ha mejorado, se añade un mareo llegando casi a padecer síncope y nota que la piel del cuello y zona hombros le “cruje”. Esta vez, en la auscultación cardiaca se oye una crepitación concomitante a los sonidos cardíacos. A la palpación de cuello y zona supraclavicular se percibe una crepitación en la piel. Se decide realizar un electrocardiograma que fue normal y se deriva urgente al centro hospitalario para realización de radiografía de tórax (RxTx). Una vez el paciente acudió de realizar la RxTx, objetivamos imágenes compatibles con enfisema subcutáneo en cuello y un neumomediastino.

Acompañado de los padres, ambos muy preocupados por la aparición del presíncope. Ayudaban a explicar esta sensación de crepitación de la piel, siendo la madre la primera en identificarlo.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Enfisema subcutáneo, neumomediastino espontáneo con enfisema subcutáneo, patología mediastínica con neumomediastino secundario.

Tratamiento y plan de acción:
Se derivó al paciente a urgencias hospitalarias tras reconocer el neumomediastino.

Evolución: Quedó ingresado en área de cirugía torácica durante 3-4 días para control evolutivo sin aplicar tratamientos invasivos, hasta resolución

Conclusiones: El neumomediastino espontáneo suele ocurrir a pacientes jóvenes sin comorbilidad aparente, exceptuando el asma; aunque siempre es preciso descartar traumatismos torácicos, procedimientos traqueobronquiales/esofágicos, ventilación mecánica, intervención cardiaca o torácica.

P-6. Comunicació d'investigació

Título: Clínica de la intoxicación aguda por cannabis y el efecto de etanol concomitante.

Autores: Juan Ortega Pérez, Christopher Yates Bailo, Catalina Homar Amengual, Jordi Puigurri Ferrando.

e-mail: juanop24@gmail.com

Objetivos: Analizar las características clínicas de las presentaciones con cannabis asociado o no a alcohol y discriminar entre estas dos modalidades.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo. Test de chi cuadrado para análisis de datos categóricos.

Servicio de Urgencias de adultos hospital de tercer nivel

Paciente que acude a urgencias con sintomatología cuya etiología sea la intoxicación aguda por algún fármaco/sustancia de abuso con fines recreativos. Se revisó base de datos específica de pacientes con intoxicación aguda por drogas de uso recreativo desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 30 de abril de 2017.

Resultados: 740 presentaciones por drogas, 220 (30%) incluyeron cannabis; 140 cannabis como única sustancia (con o sin alcohol). De esos 140, en 12 casos no constaba el consumo concomitante de alcohol, así que se analizaron los 128 restantes. De estos 128, el 62% había consumido alcohol y cannabis. En cannabis sólo/cannabis más etanol se obtuvo: taquicardia (27%/25%); disminución estado consciencia (8%/39%); hipertensión (13%/10%); hipotensión (4%/9%); vómitos (6%/25%); ansiedad (48%/24%); alucinaciones (10%/3%); agitación (15%/13%); psicosis (21%/5%); convulsiones (2%/1%); palpitations (17%/6%); dolor torácico (6%/0%) y cefalea (0%/3%). No hubo muertes, arritmias, hipertermia ni necesidad de ingreso en cuidados intensivos en ningún grupo.

Presentaron diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0,05$): estado de consciencia, vómitos, ansiedad y psicosis.

Conclusiones: Entre las intoxicaciones por drogas de abuso el cannabis está presente en una proporción importante, incluso como intoxicación por una sola sustancia. Aunque no se trata de presentaciones con cuadros de gravedad, sí son síntomas que conllevan una carga asistencial relevante en los servicios de urgencias. Los síntomas más prevalentes son ansiedad, disminución del estado de consciencia, taquicardia, agitación y psicosis. En intoxicaciones puras por cannabis, los síntomas neuropsiquiátricos son más frecuentes; cuando existe coingesta de alcohol la disminución de nivel de consciencia y los vómitos son más frecuentes, con una diferencia estadísticamente significativa.

P-7. Comunicació d'experiències/projectes

Título: Impacto de la capacidad de elección por parte del paciente del tiempo de consulta sobre la satisfacción y el uso de recursos en Atención Primaria.

Autores: Ana Loras, Carme Alcover, Cristina Flexas, Lucía Gorreto, Jaume Ochogavía, Gaspar Tamboreo.

e-mail: tamborero.gaspar@gmail.com

Objetivo Determinar el impacto de la implantación de una agenda flexible (capacidad de elección por parte del paciente del tiempo de consulta ofrecido) sobre la satisfacción del paciente y del profesional, y sobre la mejora en el uso de recursos sanitarios.

Materiales: Estudio analítico experimental con una población a estudio compuesta por los cupos de tres tutores de un centro de salud urbano, en la que se analizaron y compararon los resultados obtenidos durante una semana de control (agendas estándares) con otra de intervención (agendas flexibles según la necesidad percibida por el paciente).

El estudio de campo se desarrolló entre marzo-junio del 2018.

Las principales variables del estudio fueron: datos personales del paciente, tiempo de consulta (real y estimado), motivo/s de consulta (nº. y tipo), intervenciones realizadas en la consulta, consejos de salud recibidos, tasa de reconsulta y grado de satisfacción del paciente (satisfacción general, con el tiempo, y con la comunicación y actitud del médico, medidas con una escala tipo Likert con 5 posibles opciones de respuesta). Las fuentes de información para obtener las variables anteriores fueron: un cuestionario ad hoc preparado para su análisis mediante el software para cuestionarios teleform, la historia clínica electrónica (para tasas de reconsulta) y, adicionalmente, se realizará un grupo focal con los profesionales implicados para proceder a una valoración cualitativa del proyecto.

Resultados Por el momento sólo disponemos de datos parciales preliminares, por lo que no podemos ofrecer resultados concluyentes.

Conclusiones: La implementación de una agenda más flexible en atención primaria podría permitir adecuar el tiempo de consulta a las necesidades de cada paciente, incrementar las actividades preventivas proporcionadas, podría redistribuir las cargas de trabajo y facilitar un uso más racional y eficiente de los recursos, sin menoscabo de la satisfacción de pacientes y profesionales.

P-8. Casos clínic

Títol: SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA.

Autores: María Barona Valladolid, Pep Luís Marimon Munar, María Pardo Utiel.

e-mail: m.baronavalladolid@gmail.com

Àmbit: Mixto. Atenció Primària y Medicina Interna.

Motivo de consulta: Cuadro febril

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos. Hipertensión arterial. Inmunodeficiencia común variable con déficits de IgG, IgA, IgM en tratamiento con inmunoglobulina humana. Bronquiectasias con infecciones respiratorias de repetición.

Anamnesis: Mujer de 70 años, que acude a la consulta de Atención Primaria por fiebre de hasta 39.5°C, acompañada de sensación distérmica, con buena respuesta a antitérmicos, asociada a tos productiva mucopurulenta de cinco días de evolución. Se pauta inicialmente antibioticoterapia empírica de forma ambulatoria con amoxicilina/clavulánico y posteriormente levofloxacino durante 7 días más por persistencia de la clínica. Ante ausencia de mejoría la paciente es derivada al servicio de Urgencias y es valorada por parte de Medicina Interna que decide ingreso de la paciente.

EF: Destaca temperatura de 38.7°C, palidez de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre y Rx de tórax: anodinas. Hemocultivos: negativos. Microbiología: PCR cualitativa CMV positiva confirmado por lavado broncoalveolar. TAC torácico: bronquiectasias de paredes finas en ambos lóbulos inferiores y LSD. Atelectasias en ambas bases, discreto derrame pleural bilateral y pequeña cantidad de líquido libre en cisuras. Sin imágenes de condensación ni masas en parénquima. Cardiomegalia global. Sin adenopatías mediastínicas ni axilares significativas.

Natural de Menorca. Vive con su marido. Independiente para ABVD. Acude al Centro Social del Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Síndrome febril en paciente con bronquiectasias y antecedentes personales de inmunodeficiencia variable común en contexto de viremia por CMV. DD: Otras causas infecciosas: Bacterias (P.aeruginosa, S. Aureus), hongos (Aspergillus, mucormicosis, candida), virus (CMV, VVZ). Micobacterias (M. Tuberculosis). Bronquiolitis obliterante con Neumonía organizada. Proteínosis alveolar secundaria.

Identificación de problemas: Infección respiratoria en contexto de inmunodeficiencia que nos debe hacer pensar en otras posibles causas y complicaciones

Tratamiento y plan de actuación: Se trató con Ganciclovir inicialmente, tras lo que recibió Valganciclovir hasta completar 21 días con buena respuesta clínica

Evolución: Un mes después, presentó PCR para CMV negativa en ausencia de clínica respiratoria

Conclusiones: El paciente inmunodeprimido desarrolla con frecuencia una serie de alteraciones que conducen a la aparición de complicaciones pulmonares, en su mayoría de etiología infecciosa, originando una elevada morbimortalidad.

P-9. Comunicació d'investigació

Títol: VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE GUT FEELINGS (GFQ) EN CASTELLANO Y CATALÁN.

Autores: Bernardino Oliva, Marc Sansó, Fabián Unda, Gabriela Vercelli, María Alavés, Carlos Molero.

e-mail: bolivaf@gmail.com

Objetivos: La presencia de gut feelings (corazonadas) de alarma y seguridad durante el proceso diagnóstico de los médicos de familia (MF) europeos y españoles ha sido ya establecida en estudios cualitativos previos con conclusiones muy similares en Holanda, Bélgica, Francia y España.

El Gut Feelings Questionnaire (GFQ) es la única herramienta desarrollada para objetivar la presencia de dichos sentimientos de alarma o de seguridad. Fue elaborado originalmente en inglés y holandés y existen adaptaciones al francés, alemán y polaco. Nuestro objetivo es adaptar y validar lingüísticamente el GFQ en castellano y catalán.

Materiales y Métodos: Se siguió para ambos idiomas un procedimiento clásico de adaptación de cuestionarios de salud en seis pasos, incluyendo traducción, retrotraducción y consensos. La validación lingüística y cultural se llevó a cabo con 18 MF castellanoparlantes (9 de España y 9 de ocho países latinoamericanos) y 8 MF catalanoparlantes.

Posteriormente se evaluó su fiabilidad, consistencia interna (Alpha de Cronbach) y validez de contenido y constructo.

Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación autonómico.

Resultados: Se han obtenido las versiones adaptadas lingüística y culturalmente en castellano y catalán del GFQ. Ambas presentan buena fiabilidad, un elevado valor de Alpha de Cronbach (0,92) que denota una buena consistencia interna. Dado que los resultados de estudios cualitativos previos entre MF españoles castellano y catalanoparlantes son muy similares a los obtenidos en los estudios que dieron lugar al GFQ original, y discutido el asunto con los creadores del GFQ original, se decidió que no era necesario un nuevo proceso de validación de constructo y contenido.

Conclusiones: El GFQ puede ser usado a partir de ahora para estudiar de forma más objetivable y cuantitativa la presencia, el valor diagnóstico y pronóstico, y los factores relacionados con los gut feelings en el proceso diagnóstico de los MF castellano y catalanoparlantes.

P-10. Casos clínic

Títol: ¿Onicomocosis o uña psoriásica?

Autores: Jose Franco Lorente, Julia María Lopez Resusta, Jennifer Paola Cantarero Duron, Monica Moreno Montoro.

e-mail: francolorentejose@gmail.com

Àmbit: Atenció Primària

Motivo de consulta: - Varón de 56 años con antecedentes de gonartritis 3

años antes, trabaja como carpintero, sin otros antecedentes personales de interés acude a la consulta por presentar sospecha de onicomocosis en el primer dedo del pie izquierdo de varios años de evolución y que no cede tras 1 año de tratamiento con ciclopiroxolamina. No refiere prurito, otras artropatías, molestias oculares, pérdida de visión, ni otras molestias o síntomas.

- En la exploración se observa una uña onicodistrofica, quebrada y discrómica.

- En la rodilla derecha observo una placa eritematosa sobre elevada con escamas



blanquecinas, la cual el paciente atribuía a su ámbito laboral.

- Examinamos el resto de la superficie cutánea incluyendo cuero cabelludo, nalgas y codos sin encontrar más lesiones cutáneas.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

Diagnóstico diferencial:

- Psoriasis
- Onicomycosis
- Traumatismo

Tratamiento y plan de actuación: Realizamos cultivo y AP de la uña los cuales salen compatibles con psoriasis ungueal junto con una analítica que no mostró alteraciones y derivamos el paciente al servicio de reumatología donde tras examinación adecuada sin otras alteraciones se decidió únicamente tratamiento sintomático con corticoides tópicos y pomadas emolientes, mejorando así la lesión cutánea y parcialmente la ungueal.

Conclusiones La importancia de este caso reside en la realización, una correcta anamnesis y exploración física además de tener en cuenta un diagnóstico diferencial en la mente ante toda patología que podamos observar en la consulta y que no remita con los tratamiento pautados.

COMUNICACIONES - TEXTO COMPLETO

PÓSTERS ELECTRÓNICOS SIN DEFENSA

P-11. Comunicació d'investigació

Título: Viejos rockeros, ¿nunca mueren?

Autores: Juan Ortega Pérez, Christopher Yates Bailo, Catalina Homar Amengual, Jordi Puigurriquer Ferrando.

e-mail: juanop24@gmail.com

Objetivos: Descripción del perfil de paciente mayor de 50 años que consulta en un servicio de urgencias en el contexto de intoxicación por drogas de uso recreativo. Comparación del consumo de drogas de uso recreativo de dichos pacientes respecto al grupo de 18 a 49.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo a través de lectura de historias clínicas (base datos). Test de chi cuadrado para análisis de datos categóricos. Servicio de Urgencias de adultos en un hospital de tercer nivel.

Pacientes de edad comprendida entre 18 y 67 años que acuden a urgencias con sintomatología cuya etiología sea la intoxicación aguda por algún fármaco/sustancia de abuso con fines recreativos desde octubre de 2013 hasta enero de 2018.

De un total de 1.012 episodios analizados que cumplían criterios, 85 mayores de 50 años, 8% del total de urgencias relacionadas con drogas de uso recreativo en el mismo período (el resto, 927, de 18 a 49). 63 episodios fueron con una sustancia y 22 dos o más drogas. 77 fueron dados de alta, 6 altas voluntarias, un ingreso en UCI y otro en Medicina Interna.

Entre los mayores de 50 años, el consumo fue cocaína (44,7%), heroína (34,1%), cannabis (28,2%), benzodiacepinas (18,8%) y anfetaminas (1,2%), y entre los menores de 49 años cocaína (47,6%), cannabis (31,9%) heroína (20,9%), anfetaminas (12,9%) y benzodiacepinas (12,5%). Las diferencias en la prevalencia en el consumo según los grupos de edad fueron estadísticamente significativas para heroína ($p < 0,05$) y anfetaminas ($p < 0,05$).

Conclusiones: Pese al estereotipo de paciente joven como usuario de droga recreativa, un 8% de los episodios de nuestro estudio se produjeron en mayores de 50 años, con un 25.9% de policonsumo en este grupo de edad, predominando el abuso de cocaína, heroína y cannabis. El consumo de heroína y de anfetaminas en estos pacientes es significativamente más frecuente respecto al de menos de 49 años.

P-12. Casos clínicos

Título: ¿Faringoamigdalitis bacteriana o mononucleosis infecciosa?

Autores: Carmen Jiménez Guerrero, Patricia Sofía Suarez Lindblad, Carmen Peiró Agramunt.

e-mail: carmenjimenezguerrero6@gmail.com

Ámbito: Atención primaria

Motivo de consulta: Odinofagia

Varón de 16 años que consulta por odinofagia y sensación febril de horas de evolución. Ausencia de tos. En tratamiento por Acné pustuloso. Sin alergias conocidas.

A la exploración presenta orofaringe congestiva con exudado amigdalar y adenopatías submandibulares bilaterales.

Menor de edad, vive con sus padres y con su hermana, estudiante y deportista.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se realiza diagnóstico diferencial entre faringoamigdalitis bacteriana y mononucleosis infecciosa. Juicio clínico de Faringoamigdalitis bacteriana pues se cumplen los 4 criterios de Centor.

Tratamiento y plan de actuación: Se trata con ibuprofeno 600mg cada 8h y amoxicilina 1g cada 8h.

Evolución: El paciente acude a los 8 días a consulta con un exantema cutáneo con prurito leve en abdomen, miembros superiores y cara, sin ninguna otra sintomatología acompañante. Exploración abdominal: indoloro y sin megalias. Se suspende tratamiento con amoxicilina y se solicita una analítica de sangre con serología y pruebas alérgicas.

En la analítica destaca hipertransaminasemia y serología positiva a Epstein-Bar y Paul Bunnell, sensibilidad a amoxicilina negativo. Se confirma el diagnóstico de Mononucleosis infecciosa pautándose tratamiento sintomático y reposo de la actividad deportiva.

Conclusiones: El 70% de las faringoamigdalitis son de causa vírica. Entre las bacterianas, el estreptococo beta-hemolítico del grupo A es el responsable del 5-10 % en adultos y 15-20% en niños y es la principal indicación de tratamiento antibiótico. El rendimiento diagnóstico de la anamnesis es escaso y el empleo sólo de los criterios clínicos conlleva un sobretratamiento, pues la probabilidad de faringitis estreptocócica cumpliendo los 4 criterios de Centor es del 53%.

Realizar el TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO ESTREPTOCÓCICO (PDRA) en la consulta podría hacer pensar en otros diagnósticos diferenciales y evitar el tratamiento antibiótico.

P-13. Comunicació d'investigació

Título: URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD: ¿TRIAJE, SI O NO?

Autores: Berta Figueres Sánchez, Bartomeu Puig Valls.

e-mail: berta.figueres@gmail.com, bpuig@ibsalut.caib.es

Objetivos:

Averiguar si el triaje de enfermería en un Centro de Salud (CS) mejora el tiempo de atención a los pacientes que solicitan consulta urgente y si la demanda estaba justificada o no.

Materiales y Métodos: Estudio transversal de las urgencias atendidas en un CS durante 10 días. Se analizaron 111 visitas en las que se realizó triaje previo y 21 sin triaje (con triaje de 09-14h/ sin triaje de 08-09 y 14-14:30). Durante el triaje se recogió el motivo de consulta, las constantes y se valoró el estado general.

Se registraron los distintos tiempos de espera (TE) desde la llegada al centro, la visita de triaje con enfermería y la visita con el médico. Posteriormente se recogió si la urgencia estaba justificada o no, según el criterio del médico.

Resultados:

TE pacientes sin triaje a ser atendidos por el médico es 14 minutos (')

TE pacientes con triaje y urgencia justificada: 35' (25' entre enfermería/médico) .

TE pacientes con triaje y urgencia no justificada: 33' (23' entre enfermería/médico).

Conclusiones: Las demandas sin cita previa en las que no se realiza triaje, el TE es menor, ya que son en horario en que el médico

no realiza consulta y atiende directamente al paciente sin demoras.
 El médico durante su consulta diaria debe atender también las demandas urgentes sin conocer su gravedad.
 Los TE con triaje son similares entre demandas consideradas urgentes y las que no lo son, ya que en nuestro CS se realiza el triaje sin niveles de gravedad.
 El triaje con niveles de gravedad, valoraría el estado general del paciente y podría ayudando a priorizar las urgencias. Estos niveles facilitarían al médico mejorar los TE en las urgencias justificadas, al permitir realizar la visita en un tiempo menor y demorar la espera en visitas no consideradas urgentes.

P-14. Comunicació d'experiències/projectes

Título: Creación de una guía de práctica clínica para el uso de probióticos y prebióticos en el adulto y pediatría.

Autores: Ana Loras, Laura López, Xavi Mesquida. Hospital de Manacor.

e-mail: ana.loras.fandos@gmail.com

Objetivos: Revisión bibliográfica exhaustiva con alto nivel de la evidencia acerca de la utilización de probióticos y/o prebióticos en la práctica clínica diaria, realización de una comparación con el mercado de probióticos y/o prebióticos actual y posterior creación de una guía de uso fácil para personal sanitario, teniendo en cuenta la variable calidad- precio.

Descripción de la experiencia: Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de octubre a noviembre del 2016, consultando guías Internacionales, artículos y últimas actualizaciones Españolas en cuando al uso de probióticos se refiere. Posteriormente se efectuó una búsqueda exhaustiva en la industria farmacéutica de las diferentes opciones que se nos plantean y creación de una nexo recomendación clínica, opción farmacéutica más favorable en el mercado. Previo al lanzamiento de la guía realizamos una sesión general en el Hospital, para sensibilización acerca de aspectos relevante de la microbiota intestinal, como reforzarla y el buen uso de los antibióticos, principales destructores de nuestra microbiota intestinal.

Resultados: La guía fue publicada a finales del verano del 2017 en el Hospital de Manacor. Hasta el momento la acogida ha sido buena y el personal sanitario realiza uso de ella.

Conclusiones: Debido al gran mercado e industria que se ha creado alrededor del uso de probióticos y prebióticos, en la era postantibióticos, nos vemos con la necesidad de esclarecer y acotar aquellos probióticos y prebióticos, que desde un punto de vista científico, se acercaba más a los resultados obtenidos en los estudios y guías Internacionales publicadas hasta la fecha. La creación de una guía y posterior uso, permite al personal sanitario a tener un acceso sencillo, fácil y accesible para su práctica diaria, fomentando de esta forma la utilización de probióticos/prebióticos y el buen uso de dichos complementos nutricionales, así como disminuir los efectos secundarios producidos por el mal uso e indiscriminado de fármacos

P-15. Casos clínicos

Título: Alteraciones menstruales en niñas que aún no han tenido menstruación...

Autores: Cristina Vidal Ribas, Jitka Mudrychova, Jose Ignacio Ramírez Manent.

e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Atención Primaria

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Mujer de 13 años, que acude por fuerte dolor a nivel de hipogastrio, desde hace 2 días. Ha tenido episodios similares los meses previos, de no tan fuerte intensidad.

Antecedentes personales: No AMC. AP: no ha iniciado relaciones sexuales, no 22élulas22i.

Anamnesis Desde hace dos días dolor abdominal en hipogastrio, que lo clasifica de fuerte intensidad, sin nauseas ni vómitos, aunque varias deposiciones diarreicas sin productos patológicos. No se acompaña de síndrome miccional. No fiebre

Exploración: Constantes normales. Abdomen: blando y depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: En un primer momento se solicita analítica con estudio de heces, negativo.

Vive con sus padres y su hermano, va al instituto público. Buenas calificaciones. Red social amplia.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

Dolor abdominal inespecífico.

Dolor de origen ginecológico inespecífico.

Ansiedad.

Parasitosis intestinal.

Tratamiento y plan de acción:

Se recomienda tratamiento sintomático para el dolor.

Evolución

La paciente vuelve al mes siguiente por dolor de intensidad muy alta, nos fijamos que el dolor es cíclico, cada mes, desde hace 4 meses. Se remite a urgencias ginecología por el dolor de fuerte intensidad, donde se diagnostica himen imperforado. Por dicho motivo realizan intervención quirúrgica. La paciente no ha vuelto a presentar dolor

Conclusiones

El dolor en la zona abdominal puede tener múltiples orígenes (sistema digestivo, ginecológico, psicosomático, irradiado, etc), por lo que una anamnesis en profundidad y una correcta exploración física son cruciales. El himen imperforado es una malformación poco frecuente, pero debemos pensar en ella en mujeres que no han tenido 22élulas22i y con dolor en hipogástrico cíclico.

P-16. Casos clínicos

Título: La importancia de consultar por úlceras de repetición.

Autores: Jose Ignacio Ramírez Manent, Cristina Vidal Ribas, Jitka Mudrychova.

e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Ámbito : Atención Primaria

Motivo de consulta

Mujer de 33 años, que acude por úlceras genitales de repetición

Antecedentes personales: No AMC AP: úlceras de repetición, tanto a nivel oral como genital (por las que no había consultado).

Anamnesis Explica que tiene úlceras genitales y orales de repetición, con frecuencia variable. Ha iniciado una nueva relación

sentimental y su pareja está preocupado por si pudiera ser contagioso.
 Tiene dos hermanas a una de ellas le ocurre lo mismo.
 Exploración: Afebril. Úlcera a nivel de labio mayor derecho, sin adenopatías. Resto de exploración normal.
 Pruebas complementarias: Análítica general con perfil reumatológico (incluido HLA B27) y se remite al CAITS para cultivo de la úlcera. Excepto VSG, que está elevada, resto anodina, con perfil autoinmune negativo y cultivos negativos.
 Vive con su pareja, con la que lleva 3 meses. Anteriormente múltiples parejas sexuales.
 Trabaja de recepcionista, nivel socioeconómico medio.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Enfermedad autoinmune. Aftosis idiopática recurrente. Enfermedad infecciosa.
 Tratamiento y plan de acción: Por la anamnesis (aftas genitales y bucales recidivantes) y el hecho de tener familiar con la misma clínica, se orienta como Sd Behcet. Al ser el estudio negativo, y ante la imposibilidad de completarlo desde atención primaria, se remite a la paciente a reumatología, donde se solicita HLA B51, que es positivo, y la prueba de patergia, que es positiva.
 Evolución:
 Se inicia tratamiento con colchicina, lo que disminuyó la frecuencia de los brotes (tanto de aftas genitales como orales).
 Conclusiones: En términos generales la enfermedad de Behcet es más severa en varones jóvenes que en mujeres, y suele tener un buen pronóstico, que empeora cuando se produce la afectación de órganos vitales. La enfermedad cursa con brotes de actividad y remisión, aunque a medida que pasa el tiempo suele atenuarse y se reactiva con menos frecuencia y gravedad. Desde la introducción de nuevos fármacos, el pronóstico vital y funcional de estos pacientes ha mejorado considerablemente. Siempre debemos pensar en ella en aftas orales-genitales recidivantes.

P-17. Casos clínicos

Título: Una orina amb una olor molt característica.

Autores: Celia López Cleries, Sara Gandia López, Sergi Segarra Pou.

e-mail: clcleries@hotmail.com

Atenció Primària (Pediatría)

Motivo de consulta: Mala olor

Antecedents personals: No. Calendari vacunal al dia.

Anamnesis: : Mare que acudeix amb la seua filla de 16 mesos referint que l'orina i l'alé li fan mala olor. La mare indica que l'alé i l'orina fan una olor semblant a l'amoníac o a peix passat i que es va donar just després d'iniciar el peix a la dieta. Indica intensitat de l'olor fluctuant. No altra simptomatologia.

Exploració: normal per a l'edat.

Proves complementàries:

Sediment d'orina i urocultiu: normal. Olor a peix passat.

Es va recomanar al pares 23élulas23 un calendari dietètic, per seleccionar els aliments sospitosos.

No presenta antecedents familiars

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Després d'una 23élulas23 23élulas23ión23a, es va sospitar una trimetilaminúria, ja que aquest trastorn es caracteritza per una intensa olor a peix en descomposició. Es tracta d'un trastorn del metabolisme, produït per un augment de l'excreció de trimetilamina a l'orina i a altres secrecions corporals. La forma primària d'origen genètic és produïda per un defecte enzimàtic de la flavin monooxigenasa-3, que intervé en la transformació de trimetilamina en trimetalamina N-òxid. L'estudi genètic mol·lecular proporciona el diagnòstic definitiu si evidencia mutacions al gen FMO3.

Tratamiento y plan de acción: Disminució controlada dels precursors procedents de l'alimentació, principalment, la Trimetilamina N-òxid i la colina. A més, gels i cremes amb Ph àcid que neutralitzen químicament la trimetilamina.

Evolució: Milloria clínica després de la restricció 23élulas23i.

Pendent d'estudi genètic.

Conclusiones: La trimetilaminúria és una malaltia infradiagnosticada pel seu desconeixement, pel que és necessària la seua divulgació a l'àmbit mèdic.

A la forma primària, els primers símptomes apareixen a la 23élulas23, però a més existeix una forma adquirida, secundària a malalties hepàtiques i renals, que es manifesta a l'edat adulta.

P-18. Casos clínicos

Título: Un dolor abdominal que no deja respirar.

Autores: Matteo Mannucci, Laura Crespo Leza, Alba Gomez Zahino.

e-mail: drmatteomannucci@gmail.com

Atención primaria, servicio de urgencias

Motivo de consulta: Dolor abdominal mal localizado en flanco, hipocondrio, y lumbar derecho.

- Hipertensión Arterial. Sin hábitos tóxicos. No IQ previas

- Paciente de 45 años que acude a nuestra consulta tras tres visitas a urgencias por dolor valorado en 10/10, profundo, episódico, de frecuencia diaria, con momentos de reposo y sin dolor, que suele durar 15-20min, alguna vez hasta 1h, que le ataca principalmente por la noche.

No relaciona con movimientos, ingesta o deposiciones. Durante un episodio con sudoración y afectación general llega a hacer un síncope. En ningún momento dolor torácico, alteraciones digestivas, síndrome miccional, fiebre o síndrome constitucional.

- En urgencias se realiza analítica: Proteína C Reactiva 10'5, eosinofilia leve, Velocidad de eritrosedimentación 69, resto hemograma, bioquímica, coagulación normales; análisis de orina con proteinuria de 20 mg/dl; sedimento negativo se solicita radiografía de tórax sin alteraciones y abdomen con abundante aire en marco cólico y ileo. Orientan los episodios como cólicos nefríticos. Control del dolor, alta con solicitud de ecografía abdominal preferente.

- En consulta: frecuencia cardiaca (FC) 96 latidos por minuto, otras constantes normales.

No lesiones cutáneas. Múltiples lipomas en espalda y abdomen de diferentes tamaños.

Cardiorespiratorio y circulatorio: sin alteraciones.

Abdomen blando, depresible, abundante timpanismo, no visceromegalias, signos de Murphy, Blumberg y Rovsing negativos

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Cólicos nefríticos, Parasitosis intestinal, Porfiria, Neoplasia digestiva, Linfoma

Tratamiento y plan de acción: Control del dolor. Analítica con 23élulas23i, marcadores, protoporfirinas en orina. Coprocultivo y parásitos en heces negativo. Sangre oculta en heces negativo, colonoscopia negativ. Cita con Medicina interna, solicitamos TAC

abdominal

Evolució: Antes de realizar TAC acude al centro de salud con dolor en pantorrilla izquierda donde presenta tumefacción, eritema, calor.

Se remite a urgencias para descartar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (TEP) que se confirmó tras Dímero-d elevado y Angio-TC con TEP bilateral segmentario.

Tras empezar anticoagulación con Heparina primero y con Sintrom luego, la sintomatología desaparece y los marcadores de inflamación (VSG y PCR) disminuyen hasta valores normales.

Actualmente el paciente no ha presentado causa clara de enfermedad tromboembólica, y cumplirá los 6 meses de Sintrom en breves

Conclusiones: Las presentaciones de un TEP son tan variables que siempre tendríamos que sospecharlo y en nuestro caso teníamos una FC elevada que nos hubiera podido guiar.

P-19. Comunicació d'investigació

Título: PROTOCOLO DE DEPRESCRIPCIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Sara M^a Guerrero Bernat, María del Mar Vidal Cerdà.

e-mail: saraguerber@gmail.com

Objetivo: Definir un programa de intervención en pacientes polimedcados extremos en una consulta de Atención Primaria (AP), definiéndose la población a estudio: pacientes > 65 años que tengan prescritos diez o más fármacos de forma crónica en su receta electrónica. Conocer la aplicabilidad de la intervención y describir los resultados .

Materiales y Métodos: La identificación de los pacientes se realizó a través de la Factoría de Información Corporativa (FIC), obteniendo el listado de pacientes polimedcados extremos, en diciembre de 2015, del cupo de un MF (n= 1700). Se revisó su historia clínica (HC) valorando : comorbilidad , revisar activación de alarma de "polimedcación" y de "anciano de riesgo" , número de fármacos prescritos, número de fármacos con especialidad farmacéutica fijada, cumplimiento terapéutico del paciente, número de fármacos asociados a un mayor riesgo de caídas, número de interacciones medicamentosas potencialmente graves, si era posible realizar alguna deprescripción y en caso positivo: proponer las alternativas más seguras, eficientes y coste-efectivas. Resultados: De los 34 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, 12 eran varones y 22 mujeres. Todos tenían al menos un fármaco no recomendado prescrito (BZD/Z-drugs). 30/34 pacientes tenían posibilidad de interacciones potencialmente graves y había duplicidad terapéutica en 4. Se pudo modificar la posología en 3/34, sustituir por principio activo en 30/34, se pudo suspender algún fármaco en 21/34.

Conclusiones: El MF mantiene un papel primordial en la atención prudente al paciente polimedcado. Este protocolo se ha desarrollado como punto de partida para concienciar del uso racional del medicamento y para reforzar la idea de que las revisiones sistemáticas de la HC y de la medicación de los pacientes son importantes para garantizar seguridad y calidad. Es cierto que el uso de protocolos de deprescripción es un desafío en la práctica clínica diaria, pero también es un beneficio para evitar efectos secundarios, cascadas terapéuticas, reacciones adversas y eventos adversos en los pacientes polimedcados.

P-20. Casos clínicos

Título: Doctor, no tengo energía!

Autores: Gràcia Julià Noguera, Juan Ortega Pérez, María Ángeles Llorente San Martín.

e-mail: gracia.julia92@gmail.com

Ámbito: Servicio de Urgencias

Motivo de consulta: Tetraparesia

Antecedentes personales:

- Alergia: penicilina
- Exfumador (1995). No enolismo
- FRCV: HTA, dislipemia, DM tipo 2.
- Cardiopatía isquémica (1989), doble bypass coronario.
- Intervenciones quirúrgicas: fractura de húmero izquierdo, amigdalectomía, apendicectomía y vasectomía

Anamnesis: Varón de 65 años que acude a urgencias en silla de ruedas por cuadro de debilidad de extremidades de <24 horas de evolución de inicio progresivo, comenzó con pérdida de fuerza de miembros inferiores y posteriormente en superiores. Además, refería sensación de parestesias en los dedos de las manos de una semana de evolución. Presentaba tos con expectoración blanquecina desde hacía una semana, en tratamiento ATB con azitromicina durante 3 días y deposiciones diarreas. No otra sintomatología.

Exploración física: Constantes: 35.7°C, 79lpm, TA 123/76mmHg, Sat O2 95%

Buen estado general. , ACP: MVC, rítmica sin soplos.

Consciente y orientado. No alteraciones del habla ni del lenguaje. Paresia facial derecha, resto de pares craneales normales.

Tetraparesia de predominio distal 0/5 en EESS y EEII. Sensibilidad conservada. Arreflexia generalizada.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hb 18,1g/dl, glucemia 181mg/dl. Resto normal
- Rx tórax y TAC cerebral: normal
- Punción lumbar: hiperproteínorraquia leve (0,49g/l). Resto normal

Natural de Mallorca, abogado. Casado, buen soporte familiar.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: La clínica inicial, se orientó como un síndrome de Guillain-Barré.

El diagnóstico diferencial, con entidades que producen déficit motor agudo con arreflexia, descartando procesos que producen una lesión espinal progresiva (absceso epidural, mielitis transversa, malformaciones...)

Tratamiento y plan de actuación: - Inmunoglobulinas (1^º dosis)

- Inmunoglobulinas (2^º dosis)+corticoides

- Soporte vital y tratamiento sintomático

Evolución: Tras 48 horas de ingreso, necesidad de soporte respiratorio con intubación orotraqueal, sigue ingresado en UCI.

Conclusiones: La realización de una anamnesis detallada y una exploración física rigurosa supone un "elemento clave" para detectar la presencia de alteraciones y llegar a un diagnóstico acertado precozmente.

P-21. Casos clínic

Título: DOCTOR, ME ARDE EL PECHO.

Autores: María Pardo Utiel, Pep Lluís Marimon Munar, Mónica Moreno Montoro.

e-mail: mpardo086@gmail.com

Ámbito: SERVICIO URGENCIAS

Motivo de consulta: ARDOR Y DISNEA

AP: No RAMc (intolerancia a flatoril), HTA, FA paroxística, 25élulas25 de rodilla derecha.

Tto habitual: Enalapril + HCT. Adiro 100, Lansoprazol.

Anamnesis: Mujer de 85 años que acude a urgencias por ardor y aumento de su disnea habitual. Refiere dolor retroesternal, relacionado con las comidas, de años de evolución. No relación con esfuerzo, no sintomatología vegetativa.

EF: BEG, CyO, NC, NH, Eupneica, afebril, TA 150/90, No focalidad neurológica.

AC: rítmica, no soplos ni rones.

AP: mvc, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, rha presentes.

MMII: no edemas no signos de TVP.

PC:

- ANALÍTICA: Bioquímica, Hemograma, gasometría sin alteraciones.

- RX TÓRAX: RCF libres, masa con nivel hidroaéreo en su interior que correspondería a estómago que impide visualizar la silueta cardíaca, no condensaciones.

- ECOCARDIOGRAMA: Conclusiones: VI hipertrófico. FEVI preservada. I. Ao ligera. DD tipo I Sin HTP. VD normal.

- ESTUDIO ESOFAGOGASTRODUODENAL: Hernia de hiato por deslizamiento de gran volumen con posición intratorácica de prácticamente toda la anatomía gástrica. Adecuado vaciamiento gástrico.

Jubilada, vive con su marido. Independiente para AVDs.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Hernia de Hiato.

Insuficiencia Cardíaca.

EPOC.

Tratamiento y plan de actuación:

- Derivación a Cirugía tras observar los resultados de las pruebas complementarias.

- Consejo dietético.

- Motilium.

Evolución: Se encuentra pendiente de estudio para valoración quirúrgica.

Conclusiones: Patología de larga data, a la hora de plantearnos derivación de patologías con opción quirúrgicas 25élulas25ó tener en cuenta factores como edad y situación del a paciente. En este caso la patología tiene una larga data y la evolución de dicha patología dificulta la 25élulas quirúrgica y aumenta el riesgo de recidiva añadido a todo esto la edad de la paciente.

P-22. Comunicació d'investigació

Título: Efectividad del cribado oportunista de HTA en consultas médicas de AP y perfil de los pacientes hipertensos detectados.

Autores: Torres Peraza, Jesús Fernando; Ortega Cutillas, Mariano.

e-mail: jftorres@ibsalut.caib.es

Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar la efectividad del cribado oportunista de HTA en consultas médicas de Atención Primaria (AP) así como describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hipertensos detectados.

Materiales y métodos: Mediante un estudio descriptivo transversal realizado en consultas de AP se midió la tensión arterial a todo paciente no hipertenso (cribado oportunista) en un lapso de 30 días. Se estudió el motivo de consulta y la presencia de otros factores de Riesgo Cardiovascular (RCV) en los pacientes hipertensos detectados. Autorizado por el Comité de Investigación del Gabinete Técnico de AP.

Resultados: Se captaron 159 pacientes sin diagnóstico previo de HTA, de los cuales 28 presentaron TA alta (>140/90mmHg). Mediante triple toma se confirmó HTA en 19 pacientes (prevalencia de 12,75% IC: 8,32-19,06); demostrando una sensibilidad del cribado de 68% con un "Número Necesario a Cribar" de 8,4 pacientes. De los pacientes hipertensos detectados mediante el cribado oportunista el 84% presentaron sobrepeso-obesidad, el 89% dislipemia, el 11% Diabetes Mellitus y el 62% presentaron un RCV global (REGICOR) moderado-alto. Es importante resaltar que solo el 11% de los hipertensos detectados consultaron por algún factor de RCV o por clínica sugestiva de HTA.

Conclusiones: La HTA está infradiagnosticada en España y en las Islas Baleares según estudios de bases epidemiológicas lo que sugiere que las estrategias de cribado de HTA actuales son insuficientes o mal aplicadas. El presente estudio demuestra que el cribado oportunista en las consultas médicas de AP es útil y eficiente para el diagnóstico de HTA y apoya otros estudios que sugieren que no medir la TA rutinariamente en las consultas médicas es responsable de la baja cobertura de HTA. La mayoría de los hipertensos detectados podrían beneficiarse de conductas más activas (como el cribado oportunista) y específicas para disminuir su RCV.

P-23. Casos clínic

Título: Una orina amb una olor molt característica.

Autores: Celia López Cleries, Sara Gandia López, Sergi Segarra Pou.

e-mail: clcleries@hotmail.com

Atenció Primària (Pediatría)

Motivo de consulta: Mala olor

Antecedents personals: No. Calendari vacunal al dia.

Anamnesis: : Mare que acudeix amb la seua filla de 16 mesos referint que l'orina i l'alé li fan mala olor. La mare indica que l'alé i l'orina fan una olor semblant a l'amoníac o a peix passat i que es va adonar just després d'iniciar el peix a la dieta. Indica intensitat de l'olor fluctuant. No altra simptomatología.

Exploració: normal per a l'edat.

Proves complementàries:

Sediment d'urina i urocultiu: normal. Olor a peix passat.
 Es va recomanar al pares 26élulas26 un calendari dietètic, per seleccionar els aliments sospitosos.
 No presenta antecedents familiars
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Després d'una 26élulas26 26élulas26ión26a, es va sospitar una trimetilaminúria, ja que aquest trastorn es caracteritza per una intensa olor a peix en descomposició. Es tracta d'un trastorn del metabolisme, produït per un augment de l'excreció de trimetilamina a l'urina i a altres secrecions corporals. La forma primària d'origen genètic és produïda per un defecte enzimàtic de la flavin monooxigenasa-3, que intervé en la transformació de trimetilamina en trimetalamina N-òxid. L'estudi genètic mol·lecular proporciona el diagnòstic definitiu si evidencia mutacions al gen FMO3.
 Tratamiento y plan de acción: Disminució controlada dels precursors procedents de l'alimentació, principalment, la Trimetilamina N-òxid i la colina. A més, gels i cremes amb Ph àcid que neutralitzen químicament la trimetilamina.
 Evolución: Milloria clínica després de la restricció 26élulas26i.
 Pendent d'estudi genètic.
 Conclusiones: La trimetilaminúria és una malaltia infradiagnosticada pel seu desconeixement, pel que és necessària la seua divulgació a l'àmbit mèdic.
 A la forma primària, els primers símptomes apareixen a la 26élulas26, però a més existeix una forma adquirida, secundària a malalties hepàtiques i renals, que es manifesta a l'edat adulta.

P-24. Casos clínic
Título: Manejo de la fibromialgia en Atención Primaria.
Autores: Oihana Aguirre Salegui, Iraide Sierra Campillo, Íñigo Alberto Segarra Sánchez-Cutillas.
 e-mail: oihanaagisal@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria
 Motivo de consulta: Mujer de 45 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolores musculares generalizados en músculo y raquis de 6 meses de evolución que ceden parcialmente con AINES y paracetamol acompañado de hiperalgesia táctil. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales ni familiares, salvo cefaleas tensionales de años de evolución.
 No antecedente traumático. Refiere cansancio que dificulta las actividades de la vida diaria y sueño poco reparador.
 Dolor a palpación de puntos gatillo (occipucio, cervical bajo, trapecio, epicóndilo lateral y rodilla (línea articular interna)), sin edema, eritema ni lesiones cutáneas. Reflejos osteotendinosos normales. Hiperalgesia.
 Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, coagulación, VSG, PCR, ferritina, TSH, T4, CPKs, ANAs, FR, Ca, P y vitaminaD sin hallazgos significativos.
 Mujer de 45 años, dependiente en supermercado que carga con peso. Vive con marido sano.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: La paciente presenta un cuadro de dolor generalizado de más de 3 meses de duración con más de 11 puntos gatillo positivos acompañado de fatiga intensa, cefalea tensional y trastorno del sueño sin alteraciones analíticas. Se orienta como Fibromialgia.
 Diagnóstico diferencial con enfermedades reumáticas, metabólicas, procesos infecciosos, tumores, metástasis, enfermedades dolorosas locales, enfermedades neurológicas y psiquiátricas.
 Tratamiento y plan de actuación: El objetivo es el alivio de los síntomas y el mantenimiento de la capacidad funcional normal. Se recomienda aplicarse calor local, y realizar ejercicio físico de baja intensidad. Se receta amitriptilina y se cita en 2 semanas.
 Evolución: Refiere mejoría del dolor. Se le propone continuar con ejercicio físico.
 Conclusiones: La fibromialgia es una enfermedad crónica y relativamente frecuente (2,7% de la población), sobre todo en mujeres. Un diagnóstico efectivo y su tratamiento posibilitan el alivio de los síntomas, muy importante por el carácter tan incapacitante que tiene esta patología. Por lo tanto, es imprescindible tenerlo en cuenta en un paciente con dolor crónico generalizado en la consulta de Atención Primaria.

P-25. Casos clínic
Título: Parotiditis, una Enfermedad de Declaración Obligatoria
Autores: Patricia Sofia Suárez Lindblad, Carmen Peiró Agramunt y Oihana Aguirre Salegui.
 e-mail: patriciasofiasuarez@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria
 Motivo de consulta: Dolor en parótida derecha
 Mujer, 35 años, de origen Venezolano con AP de Fractura vertebral con acuñaamiento presenta dolor en la glándula parótida derecha de dos días de evolución que limita la movilidad cervical. Refiere escalofríos en alguna ocasión y está afebril. A la inspección se observa aumento de volumen de la glándula parótida derecha. A la palpación se aprecia un bultoma de unos 3 cm de diámetro, doloroso, móvil y duro. No presenta adenopatías regionales.
 Se solicita analítica de sangre y serología de la Parotiditis.
 La parotiditis es una enfermedad de declaración obligatoria por lo que para confirmar el diagnóstico se solicita serología y se avisa a las autoridades pertinentes de la existencia de un posible caso de Parotiditis.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial:
 -Virus Epstein Barr
 -Sialolitiasis
 -Amigdalitis
 Tratamiento y plan de actuación: Se pauta tratamiento sintomático con Ibuprofeno cada 8 horas
 Evolución: Acude a URGENCIAS una semana más tarde por aumento de tamaño del bulto y dolor. Se le pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico cada 8 horas y se mantiene el ibuprofeno. La analítica revela PCR de 1,38.
 Serología de parotiditis:
 • Ac IgG > 300 UA/ml
 • Ac IgM POSITIVO
 Se continúa con el tratamiento sintomático y la paciente mejora a los 2 días, disminuye el tamaño de la parótida y desaparece el dolor.
 Conclusiones: La parotiditis es una enfermedad endémica en países latinoamericanos, y hay que tener en cuenta la

epidemiología al hacer el diagnóstico diferencial. Además hay que guiarse por la historia clínica y la exploración física y no tratar sistemáticamente con antibioterapia si los síntomas no coinciden para evitar resistencias.

P-26. Casos clínicos

Título: Doctor, me noto cansado.

Autores: Julia María López Resusta, Jennifer Paola Cantarero Duran, Ana Belén Jaramillo Robayo.

e-mail: jmdarei@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Nuestro paciente es un hombre de 50 años que consulta por astenia y pérdida de 2 kg de peso. Se trata de un paciente muy activo con práctica de deporte regular previamente a los síntomas. Trabaja de mecánico, es ex-fumador desde hace 10 años con DLP e hipotiroidismo subclínico sin tratamiento farmacológico. La exploración física no da ningún hallazgo patológico. Una analítica de sangre con marcadores tumorales, autoinmunidad y hormonas sólo mostraba aumento de reactantes de fase aguda. El TAC mostraba imagen compatible con masa ocoágulo de 3 cm en aurícula izquierda. Un Ecocardiograma transtorácico mostró imagen compatible con mixoma auricular.

Al principio del cuadro, el paciente achacaba los síntomas a duelo por fallecimiento de un familiar.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: JC: Mixoma auricular

DX diferencial: Neoplasia maligna, Coágulo en AI, Enfermedad autoinmune

La ecografía disponible en consulta hubiese acelerado el proceso diagnóstico y evitado temores e inquietud ante una posible enfermedad de peor pronóstico

Tratamiento y plan de actuación: Derivación a Cirugía Cardiovascular para excisión del mixoma

Evolución: Favorable con buen pronóstico

Conclusiones: Un médico de familia con formación en ecografía y acceso a ella en consulta reduce la incertidumbre diagnóstica y nos permite tranquilizar al paciente ante un cuadro benigno, partiendo de una adecuada anamnesis y exploración.

P-27. Comunicació d'investigació

Título: Morbilidad en el colectivo de camareras de piso de una unidad básica que trabajan en una zona turística.

Autores: Cifre Socias, Apol·lònia; Gadea Ruiz. Cristina; Tovar Garzón, Maritza; Fuster Hernández, Maria; Ferrà Salom, Bárbara; Llobera cànaves, Joan.

e-mail: acifresocias@gmail.com

Objetivos: Estimar la morbilidad osteomuscular, comorbilidad, medicación, Incapacidad laboral (IT) en camareras de piso (CP) atendidas en Atención Primaria

Materiales y métodos: DISEÑO: Descriptivo piloto de morbilidad referida en la Historia Clínica (HC), identificadas en consulta como CP por su médico / enfermera en 21 meses

ÁMBITO: Unidad básica, en zona turística

SUJETOS: CP atendidas entre 01/01/2016-31/09/2017. Estimamos como necesaria muestra de 97 CP, para universo de 10.000 CP en la comunidad autónoma, para proporción estimada de 0,5, precisión $\pm 0,1$ y error alfa 0.950,95

RECOGIDA DE DATOS: Vaciado de la historia clínica

VARIABLES: Personales / Problemas osteomusculares / Salud mental / IT en los últimos 21 meses / Medicación que tenía prescrita en el último contacto.

ANÁLISIS: Estadísticos descriptivos

LIMITACIONES: sólo pueden inferirse resultados a las CP que acuden al médico/enfermera

Resultados: Finalmente, estudiadas 107 CP, media edad 48,8 años DS=11,4. El 67,3%(IC95%:57,9-76,6%) con lumbalgia; 45,8%(IC95%:35,9-55,7%) cervicalgia; 31,8%(IC95%:22,5-41,1%) tendinitis; 30,8%(IC95%:21,6-40,1%) hombro doloroso; 28,0%(IC95%:19,1-37,0%) dorsalgia; 25,2%(IC95%:16,5-33,9%) síndrome túnel carpiano. Media problemas osteomusculares: 3,1(IC95%:2,7-3,4). Constaba trastorno ansioso-depresivo 53,2%(IC95%:43,4-63,2%), alteraciones del sueño 19,6%(IC95%:11,63-27,6%). Tomaban antidepressivos 14,0%(IC95%:7,0-21,0%) y ansiolíticos 16,8%(IC95%:9,3-24,4%). Un 13,1%(IC95%:6,23-19,9%) tomaban ≥ 6 fármacos. Han presentado una media de 1,5 (IC95%:1.29-1.61) IT.

Conclusiones: Las pacientes atendidas posiblemente son las más mayores, con morbilidad osteomuscular y mental importante, con mayor consumo de fármacos para la edad, la mitad han estado de baja en 21 meses previos, por lo que conforman un colectivo que merece atención especial, que se estudiará en el resto de la Comunidad Autónoma

P-28. Casos clínicos

Título: Infecciones urinarias de repetición por Kluverera ascorbata.

Autores: Iraide Sierra Campillo, Íñigo Alberto Segarra Sánchez-Cutillas, Carmen Jiménez Guerrero.

e-mail: iraidetxu92@gmail.com

Ámbito: Atención primaria

Motivo de consulta: Infecciones urinarias de repetición

Paciente de 71 años que con ap de ITUs de repetición, COMBUR positivo y cultivos negativos. Acude tras nuevo episodio de síntomas de cistitis, que tras ser tratada empíricamente con amoxicilina-clavulánico no remiten. No febrícula. En la exploración se aprecian dolor en hipogastrio y puñopercusión negativa. Se realiza analítica de orina con nitritos positivos. El urinocultivo es positivo para Kluverera ascorbata resistente a ampicilina, amoxicilina/clavulánico, gentamicina y trimetoprim/sulfametoxazol, sensible para el resto.

Jubilada, hábito enólico moderado sin otros factores de interés

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se sospecha de infección del tracto urinario inferior. Se deberían descartar vulvovaginitis, uretritis por gérmenes de transmisión sexual, vaginitis, pielonefritis subclínica y otros (déficit estrogénico, cistitis intersticial, irritantes químicos, resistencia al flujo urinario, enfermedad regional o tumor vesical).

Paciente >65 años con más de 7 días de clínica tratada previamente con antibióticos con antecedentes patológicos de infecciones urinarias de repetición.

Tratamiento y plan de actuación: Se pauta tratamiento dirigido con fosfomicina 3g en única dosis. Cita mínimo 5 días tras tratamiento para evolución, repetir análisis y cultivo de orina.

Evolución: En curso

Conclusiones: Previamente tratada empíricamente con amoxicilina-clavulánico siendo el patógeno resistente, se necesitó antibiograma para tratamiento dirigido.
 La Kluyvera ascorbata es una enterobacteria saprófita que pocas veces se aísla en cultivos como agente patógeno. La K. ascorbata es naturalmente resistente a macrólidos, lincosamidas, estreptograminas, gluco péptidos, rifampicina, ácido fusídico, linezolid, penicilina G, oxacilina y amoxicilina; y algunas cepas tienen genes que codifican BLEE. Es por eso que un tratamiento empírico puede fallar siendo necesario el antibiograma para tratamiento dirigido.

P-29. Comunicació d'experiències/projectes

Títol: Quines necessitats formatives tenim entorn a l'alcohol?

Autors: Janer Llobera JM, Roca Casas A, Janer Dorce ME, Alonso Ramis JM, Estelrich Bennassar J, Nadal Riera M
 e-mail: jjanerllobera@ibsalut.caib.es

Objetivo: Conèixer el punt de partida en el que estan els professionals en l'abordatge de consum d'alcohol a les consultes d'Atenció Primària, en relació a coneixements, necessitats formatives i circuits dins el sistema sanitari de les Illes Balears.
 Descripción: Adaptació del qüestionari de 22 preguntes del programa "Beveu Menys" de Catalunya al nostre entorn. Es va passar l'enquesta amb la ajuda del google forms i es va enviar la convidada a participar a tots els professionals d'Atenció Primària de Mallorca via correu electrònic. Es va donar un mes per la complementació i es va fer un recordatori a mitjan termini.
 Resultado: Escassa taxa de resposta, es varen 28é lulas 86 respostes, 75,3% dones. Per 28é lulas 28i professional 33,7% son metgesses de família i 47,7% infermeres. El 64% dels professionals son de centres de salut de la Part Forana i 36% de Palma ciutat. Estan representades totes les edats, el rang d'edat va des de els 26 anys fins als 64. Destacam les respostes més homogènies: El desconeixement pel 58,14% del que es fan per part de les Unitats de conductes additives (UCAs) i que el 70,93% consideren que no mantenen una coordinació satisfactòria amb les UCAs. Es manifesta que la principal eina de la historia clínica emprada pels professionals es la calculadora de grams/UBE (97,3%). Destacar que manifesten necessitats formatives respecte la epidemiologia i magnitud del problema (74,41%), conceptes bàsics (67,44%), identificació del consum de risc (61,91%) e intervenció en consum de risc (80,23%), intervenció en trastorn per consum d'alcohol (82,55%), 28é lulas 28 pràctics abordatge consum de risc o nociu alcohol (75,58%), circuits dins el servei de salut (80,23%).
 Conclusiones: A pesar de la escassa taxa de resposta es manifesten necessitats formatives en totes les àrees i sobretot en els circuits dins el Servei de Salut, i ens serveix per planificar les accions necessàries per abordar-les.

P-30. Casos clínics

Títol: Un caso de dolor parotídeo.

Autors: Mónica Moreno Montoro, Jose Franco Lorente, Julia María López Resusta.
 e-mail: nika.3m@gmail.com

Ámbito: Atención primaria y urgencias.
 Motivo de consulta: Inflamación de la mejilla derecha.
 Varón de 68 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a la consulta por tumefacción parotídea derecha indolora, que relacionaba con una limpieza realizada en el dentista hace una semana. Niega fiebre y síntomas constitucionales.
 Se solicita analítica e interconsulta con otorrino preferente, pero el paciente ante dolor acude ese mismo día a urgencias, donde le realizan una analítica y una ecografía sugestiva de inflamación/infección, por lo que le pautan clindamicina y antiinflamatorios durante una semana. Quedando asintomático en consulta control. A los 20 días reacude a urgencias por presentar inflamación súbita con la ingesta y dolor, sin fiebre por lo que se avisa al otorrino de guardia quien le pauta augmentine, buscapina y alimentos cítricos. Mientras esperaba la cita del especialista, acude en numerosas visitas por inflamación súbita y dolorosa ante ingesta, estaba perdiendo peso por el miedo a comer. En la última visita el paciente acude por palpase una tumoración dura en mucosa yugal derecha. A la exploración se visualizaba litiasis en la salida del conducto de Stenon y se consigue su extracción.
 Exploración física: Inflamación difusa de parótida derecha, sin adenopatías palpables.
 Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones en hemograma y con bioquímica que en primera instancia mostró PCR 1.02 normal en sucesivas.
 Ecografía sugestiva de inflamación vs infección.
 Jubilado, vive con su mujer.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Sialolitiasis de glándula parótida derecha
 Diagnóstico diferencial: parotiditis bacteriana y viral, síndrome de Sjögren, sarcoidosis.
 Tratamiento y plan de actuación: Extracción de la litiasis.
 Evolución: Asintomático desde la extracción.
 Conclusiones: Ante un paciente con inflamación unilateral de la glándula parótida, dolorosa, relacionada con la ingesta hay que pensar en sialolitiasis.
 Es una patología poco frecuente pero que nos llega a la consulta y hay que realizar un buena anamnesis, exploración física y diagnóstico diferencial.

P-31. Casos clínics

Títol: Trastorno por somatización

Autores: Iñigo Segarra Sánchez-Cutillas, Carmen Jiménez Guerrero, Patricia Sofia Suárez Lindblad.
 e-mail: inigoindiepause@gmail.com

Ámbito: Urgencias
 Motivo de consulta: Dolor en mesogastrio desde hace dos semanas, de carácter moderado-grave (8 sobre 10), no irradiado y que no se atenúa ni agrava con el movimiento
 Paciente de 55 años con historia de: HTA controlada, cuadro ansioso depresivo, trastorno histriónico de la personalidad. No fumador. Sin alergias. En la exploración física destaca abdomen blando y depresible, ausencias de masas o megalias, sin fiebre, con puñopercusión negativa. El resto de la exploración no muestras signos patológicos. Buen estado nutricional. No signos de alarma. Se realiza analítica básica de urgencias sin valores alterados. Se solicita ecografía sin hallazgos 28é lulas 28i. Destaca en el paciente su elevada ansiedad. Se sospecha causa no orgánica como causa del dolor. El paciente cuenta además evento estresante en el último mes



Paciente con dolor de dos semanas en mesogastrio, tras evento personal estresante (discusión con su pareja) que no se relaciona con ninguna causa orgánica. El paciente tiene además antecedentes psiquiátricos (trastorno histriónico de la personalidad y síndrome ansioso-depresivo). El cuadro de sospecha será un trastorno por somatización.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Trastorno por dolor
 Trastorno dismórfico corporal
 Hipocondria
 Depresión con delirio hipocondriaco
 Trastorno conversivo
 Trastorno por somatización; siendo este el diagnóstico de 29é lulas29i0.
 Tratamiento y plan de actuación: Se pauta alprazolam 2.5 mg (1-0.5-1) , escitalopram 20 mg y se cita para psicoterapia cognitivo-conductual. Se descarta ingreso por buena situación familiar y sociolaboral, por la 29é lulas29i0n del paciente y el reconocimiento del problema así como por ausencia de contenido suicida y delirante de sus pensamientos
 Evolución: Paciente reconoce su estado ansioso actual y responde positivamente al abordaje de su dolor.
 Conclusiones: Destaca la importancia de una buena anamnesis y 29é lulas29i0n 29é lula ante un dolor abdominal y poder descartar causa orgánica. Una vez descartada esta se puede sospechar causa psicógena. Se deberá entonces hacer el diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos, siendo en nuestro caso un trastorno por somatización del dolor.

P-32. Casos clínicos

Título: UN RESFRIADO SOSPECHOSO.

Autores: JOAN ARNAU ROSSELLO GALMES; MARIA UNMACULADA BORREGO SEVILLANO, MARIA BARONA VALLADOLID.

e-mail: arnaurossello@gmail.com

Ámbito: Servicios Urgencias y Atención Primaria.

Motivo de consulta: Mucosidad, malestar general, febrícula.

-Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia. Lumbalgia crónica.

-Anamnesis: Paciente de 57 años consulta al servicio de Urgencias del centro de salud por esputos verdosos, febrícula que cede parcialmente a paracetamol, malestar general, algo de disnea y tos productiva.

-Exploración física: buen estado general. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación respiratoria con 29é lú l roncus. Orofaringe algo hiperémica, sin placas ni hipertrofia amigdalina. Destaca cicatriz violácea en espalda.

-Pruebas complementarias: Adenopatías hiliares sin afectación parenquimatosa. En el posterior estudio histopatológico de la cicatriz se observaron granulomas de células epitelioideas en dermis superficial y parte de dermis reticular. Analítica con leucocitosis sin elevación de PCR y ECA elevado

Mujer de 57 años dependiente de una panadería. Separada, vive con su pareja y una de sus dos hijas. Todos sanos. Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Lo que inicialmente parecía un caso simple de urgencias se vuelve sospechoso al observar las adenopatías y la cicatriz violácea por lo que después de resolver el problema agudo en urgencias se deriva a Atención Primaria para estudio. Desde allí realizamos biopsia cutánea tras comunicarnos con dermatología. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras enfermedades pulmonares granulomatosas, vasculitis e histiocitosis de Langerhans entre otras.

Tratamiento y plan de actuación: El tratamiento se inició a 40mg de prednisona al día. Estamos todavía pendientes de valorar el éxito del tratamiento al llevar la paciente sólo 6 semanas de tratamiento.

Evolución: Parece que la paciente evoluciona correctamente. Se planteó con dermatología el uso de cloroquina y estamos pendientes de revalorar la paciente tras dos meses de tratamiento.

Conclusiones: En este caso vemos como una consulta a urgencias por otro motivo resulta en el hallazgo casual de la sospecha de una enfermedad sistémica importante que gracias al médico de primaria tras contactar con dermatología consigue diagnosticar. El médico de urgencias en este caso juega un papel fundamental en ser el testigo inicial del hallazgo casual.

P-33. Casos clínicos

Título: ¿Esto puede ser por dormir poco?

Autores: Jitka Mudrychova, Cristina Vidal Ribas, Jose Ignacio Ramírez Manent.

e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Ámbito Atención Primaria

Motivo de consulta:

Mujer de 48 años, acude con su marido para resultado analítico. Durante la conversación vemos que está muy despistada.

Antecedentes personales: No AMC, AP: abuso de alcohol hace años, actualmente bebe dos-tres cervezas diarias.

Anamnesis: Desde el primer momento la notamos despistada, repetitiva y con respuestas incoherentes.

El marido nos explica que la nota así desde hace 72 horas, le llama constantemente para repetirle las cosas... él lo relacionaba con que casi no duerme y está muy nerviosa ya que una de sus hijas, que padece leucodistrofia degenerativa, hace 40 días que está ingresada.

Exploración: Constantes normales. Abdomen: hepatomegalia de dos traveses. Neurología: normal, a excepción del discurso. No flapping.

Pruebas complementarias: Analítica: normal.

Casada, tiene tres hijas, una de ellas con leucodistrofia. Su marido tiene un bar, ella cuida de su hija.

Tiene apoyo familiar-social, se muestra reacia a realizar actividades de ocio y no delega. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

Síndrome confusional agudo. Ansiedad. Patología cerebral tumoral. Encefalopatía hepática.

Primer brote de enfermedad psiquiátrica.

Tratamiento y plan de acción:

Dada la brusquedad del cuadro, se remite a la paciente a urgencias hospitalarias para realizar TAC cerebral y descartar enfermedad orgánica.

Todas las pruebas realizadas están dentro de la normalidad, por lo que se relaciona la clínica a ansiedad e insomnio crónico.

La paciente permaneció ingresada una semana, mejorando la sintomatología. Se inició tratamiento psicológico y se realizó énfasis en la necesidad de "cuidar al cuidador". Aunque la paciente no ha presentado cuadros similares, tiene una actitud reacia

al cambio, sin delegar y sin seguir a menudo los consejos del psicólogo.
 Conclusiones: Es muy frecuente que ante enfermos crónicos y con patología grave, se pueda descuidar la salud emocional/psíquica/física del cuidador principal. El síndrome del Burn-out del cuidador tiene numerosas manifestaciones y es importante explicar desde el inicio del proceso la importancia de cuidarse a uno mismo para poder cuidar de los demás.

P-34. Casos clínicos

Título: NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM): ELEMENTO CLAVE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Autores: Sara Mª Guerrero Bernat, Alba Gómez Zahino, Laura Crespo Leza.

e-mail: saraguerber@gmail.com

Ámbito: Mixto

Motivo de consulta

Hiperemia conjuntival bilateral.

AP: Síndrome de platipnea.-ortodesoxia, cirrosis hepática secundaria a enolismo severo (Child A) , tratamiento deshabitación alcohólica , HTA, esplenomegalia, anemia microcítica.

Anamnesis: Varón de 70 años que consulta por hiperemia conjuntival bilateral , quemosis y lagrimeo continuo tras haber iniciado nifedipino retard días antes para intensificar su tratamiento antihipertensivo habitual (enalapril) por cifras tensionales subóptimas. Había tratado con antibioterapia tópica ocular, sin mejoría, por lo que acude a valoración. Es remitido a urgencias de oftalmología dada la alarmante exploración física.

Oftalmología: AO:Córnea clara, cámara anterior profunda, pseudofaquia OD,afaquia OI.Pupila derecha desplazada hacia arriba.

Hernia de pigmento en pupila OI. Edema palpebral inferior AO con 30élulas30i cicatricial.

Natural de Chile, en Mallorca desde hace años, vive solo, IAVDB.Tratamiento para deshabitación alcohólica:abstinente desde febrero 2015.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

Edema palpebral alérgico bilateral , probable RAM a nifedipino.

DD: conjuntivitis virales, bacterianas, de contacto.

Tratamiento, plan de actuación:

Se inició tratamiento con dexametasona tópica, suspendiéndose de inmediato la causa más probable de la patología (nifedipino).

Se precisaron controles oftalmológicos seriados y continuos dada la afectación ocular. Se realizó notificación (“tarjeta amarilla”)de la RAM.

Evolución: Resolución completa de la clínica sin ninguna secuela.

Conclusiones: La farmacovigilancia tiene como objetivo identificar nuevos riesgos asociados a los medicamentos, ya sea porque son desconocidos o porque se presenten con mayor gravedad y/o frecuencia de la esperada. Uno de los métodos más eficientes es la notificación de RAM.Un proceso de notificación permite mejorar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos ,compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren nuestra atención. Todo ello, siempre orientado a mejorar la calidad asistencial.

P-35. Casos clínicos

Título: “Eso nunca pasa...” Trastorno discinético agudo secundario a fármacos.

Autores: María del Mar Guillén Castillo, Judith Alejandra Garcia Dos Ramod.

e-mail: marguicas@gmail.com

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Vértigo

Historia clínica: Mujer de 69 años que solicita visita domiciliaria por cuadro de vértigo periférico ya conocido acompañado de náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: Alergia a penicilina. Diabetes mellitus no insulinodependiente. Hipertensión arterial. Dislipemia.

Anamnesis: Cuadro iniciado la noche anterior de sensación vertiginosa con giro de objetos, inicio brusco y corta duración, en relación a cambios posturales. Episodios previos similares de menor intensidad. Náuseas con 5 vómitos. Niega otra sintomatología.

Exploración: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Nistagmo horizontal que agota. Pares craneales conservados y simétricos. No claudica en Barre. Balance muscular 5/5, sensibilidad simétrica. Romberg, disimetrías y marcha no exploradas. Dolor a la palpación musculatura paracervical bilateral. Resto anodino.

Paciente conocida del cupo. Varias visitas en los últimos 2 años por el mismo motivo. Barthel 100.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Vértigo periférico

Inyectable intramuscular de sulpirida 100 mg/2ml y de metoclopramida 10mg/ 2 ml.

Evolucion: A las pocas horas, la paciente acaba en Urgencias con cuadro de mioclonías, trismus, disquinesias e hipersialorrea, orientándose como trastorno discinético agudo secundario a metoclopramida vs sulpirida

Tanto la sulpirida como la metoclopramida son fármacos muy conocidos y utilizados en la práctica diaria. Ambos bloquean los receptores de dopamina a nivel central, pudiendo ocasionar trastornos del movimiento secundarios en forma de distonías y discinesias.

Conclusiones: A pesar de que estos secundarismos son ampliamente conocidos por los clínicos, es fácil caer en una falsa sensación de seguridad e inocuidad dada la baja incidencia de estas reacciones en relación a su alta prevalencia de uso en la práctica diaria. Como profesionales, debemos recordar y tener siempre en cuenta los posibles efectos secundarios de los tratamientos que administramos y no caer en la autocomplacencia a la hora de prescribir medicaciones que manejamos frecuentemente.

P-36. Casos clínicos

Título: ¿Este nivel de triglicéridos es compatible con la vida?
Autores: Jitka Mudrychova, Cristina Vidal Ribas, Jose Ignacio Ramírez Manent.
 e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Ámbito Atención Primaria
 Motivos de consulta: Malestar abdominal.
 Historia clínica: Paciente varón de 45 años, que acude a consulta explicando clínica de molestias abdominales, náuseas, digestiones pesadas y cansancio de un mes de evolución.
 Antecedentes personales: No AMC, No AP de interés ni tratamiento habitual.
 Anamnesis: El paciente explica dolor abdominal de un mes de evolución, que se exacerba con algunas comidas (pensando que podía ser intolerante a la lactosa había probado de beber menos leche, sin mejoría del cuadro) y náuseas sin alteraciones en el hábito intestinal. Además explica cansancio, aunque duerme bien y no identifica situaciones estresantes
 Exploración: Talla: 182cm; peso: 84Kg. Abdominal: hepatomegalia de tres traveses, sin ictericia ni otros signos de hepatopatía. El resto de la exploración es completamente normal.
 Pruebas complementarias: AG: 31éulas31ión31a 3400, enzimas hepáticas elevados (GOT 112, GPT 150, GGT 160), amilasa 102, lipasa 150. SOH: positivo
 Casado, con dos hijos adolescentes. Buen apoyo familiar.
 Trabaja en empresa familiar.
 Nivel socio-económico medio-alto. Buen apoyo social.
 Juicio clínico y diagnóstico diferencial:
 Hipertrigliciridemia con afectación hepática y probablemente colónica y pancreática.
 Diagnóstico diferencial:
 Cáncer hepático/pancreático con metástasis colónicas (o viceversa), con hipertrigliciridemia secundaria.
 Hipertrigliciridemia con hepatitis y pancreatitis secundaria.
 Tratamiento y plan de acción:
 Se inicia gemfibrozilo a dosis de 600mg/12h.
 Se repasa dieta (aunque era adecuada) y se evita el consumo de alcohol (que era leve).
 Llamamos directamente al servicio de digestivo para que vean al paciente con carácter preferente/urgente, siendo citado la semana siguiente.
 El servicio de digestivo solicita colonoscopia y TAC abdominal (a la espera de que se realicen en este momento).
 Al mes de haber iniciado el tratamiento con gemfibrozilo, los triglicéridos han disminuido a 280, al igual que también han mejorado los enzimas hepáticos y pancreáticos (sin llegar a valores normales). El paciente persiste con malestar y cansancio.
 Conclusiones
 La hipertrigliciridemia puede ser primaria o secundaria a otras patologías. Habrá que descartar en primer lugar que pueda deberse a obesidad, alcohol o diabetes y hacer mucho hincapié en las medidas no farmacológicas. En este caso, al haber un riesgo de pancreatitis y haber alteración de otros parámetros digestivos, se inicia tratamiento con gemfibozilo y se remite a nivel hospitalario para proseguir estudio mediante pruebas complementarias que no podemos solicitar en atención primaria, para llegar al diagnóstico principal.

P-37. Comunicació d'experiències/projectes

Título: Proyecto MoodFOOD (Multi-country collaborative 31éulas on the role of Diet, Food-related behaviour, and Obesity in the prevention of Depression). Protocolo del estudio.
Autores: Caterina Vicens, M. Àngeles Pérez-Ara, Xisco Reus, Adoración Castro, Margalida Gili, Miquel Roca.
 e-mail: caterinavicens@gmail.com

Objetivos: El MoodFOOD es un proyecto con financiación europea en el que participan varios países de la UE para estudiar el papel de la dieta, el comportamiento relativo a la alimentación y la obesidad en la prevención de la depresión.
 El objetivo principal es examinar la viabilidad y efectividad de dos estrategias nutricionales para prevenir el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en personas con sobrepeso que presentan sintomatología depresiva subclínica.
 Materiales y Metodos:
 Para ello se ha realizado un ensayo controlado aleatorizado de 2x2 factores en cuatro países Europeos (Alemania, Reino Unido, Holanda y España) donde se comparan dos estrategias nutricionales diferentes: suplementos multi-nutriente (Calcio, Selenio, Ácido Fólico, Vitamina D3 y Omega 3) frente a una intervención para cambio conductual relacionado con la dieta.
 La principal medida de resultado es la presencia de episodios depresivos en los últimos 12 meses definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición (DSM-IV) a los 3, 6 y 12 meses. Además, se han incluido otras medidas adicionales para valorar la sintomatología depresiva, los síntomas de ansiedad, la calidad de vida relacionada con la salud, comportamiento relacionado con los alimentos e ingesta, actividad física así como variables antropométricas y estado de salud.
 Resultados: Estudio en curso. No se dispone de resultados
 Conclusión/Perspectivas: El estudio pretende obtener un mayor conocimiento del papel causal de determinados nutrientes, la dieta en general y cambios conductuales relacionados con la incidencia de episodios de TDM. Dicho conocimiento será útil para desarrollar y diseminar estrategias de salud pública para la prevención de la depresión clínica, basadas en la nutrición y que resulten innovadoras y basadas en la evidencia.

P-38. Casos clínicos

Título: Me va a explotar la cabeza.



Autores: Gràcia Julià Noguera, Juan Ortega Pérez, Rafael Emilio Hernández Silva.

e-mail: gracia.julia92@gmail.com

Àmbito: Servicio de urgencias

Motivo de consulta: Cefalea

Antecedentes personales

- Bronquiectasias
- TBC pulmonar multirresistente (2012)
- Condrosarcoma de húmero proximal derecho intervenido (2011)
- Apendicectomía

Anamnesis: Mujer de 37 años que acude a urgencias por presentar cefalea de un mes de evolución, empezó tras iniciar la toma de anticonceptivos orales. El dolor es continuo y opresivo en región frontal, predominantemente en zona hem Craneal derecha, asociado a visión borrosa y sonofobia intermitente. No náuseas ni vómitos. Niega fiebre y sensación distérmica. No mejoría con medicación analgésica (naproxeno 550mg+tramadol 50mg)

Exploración física: Hemodinámicamente estable.

Buen estado general. Consciente y orientada. Sin focalidades neurológicas, pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. No signos meníngeos. No alteración de la marcha. Romberg negativo.

Pruebas complementarias

- **TAC cerebral: Rectificación de nervios ópticos, valorar pseudotumor 32élulas.** Ocupación del seno esfenoidal derecho, nivel hidroaéreo en antro maxilar derecho, probable sinusopatía.

Natural de Bolivia. En España desde 2010.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: La orientación inicial era una cefalea de características migrañosas. Tras el TAC, se orientó como sinusopatía y pseudotumor 32élulas. El diagnóstico diferencial, diferentes patologías donde la cefalea es el síntoma principal (migraña, cefalea tensional, en racimos, neuralgia del trigémino, arteritis de células gigantes...)

Tratamiento y plan de actuación: Inicialmente se pauta medicación analgésica con dexketoprofeno+ diazepam. Se revalora a la paciente, refería persistencia de visión borrosa. Se decide realizar TAC craneal.

Evolución: La paciente fue dada de alta de urgencias, valorada por oftalmología con fondo de ojo normal, sin signos de papiledema, pendiente de neurocirugía.

La cefalea es uno de los motivos más frecuentes en AP, pensar en esta patología en mujeres jóvenes con sobrepeso. El edema de papila está presente en más del 90% de los casos y suele ser el hallazgo que conduce al diagnóstico, aunque no suele objetivarse en etapas precoces.

P-39. Casos clínicos

Título: Diagnóstico y manejo de un caso clínico de Glucemia basal alterada en ayunas.

Autores: Carmen Peiró Agramunt, Oihana Aguirre Salegui, Iraide Sierra Campillo.

e-mail: carmenpeiroagramunt@gmail.com

Àmbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Alteración de glucemia en analítica

Mujer de 46 años, fumadora, Peso: 85 kg, Talla: 1,60. No alergias medicamentosas conocidas. Sin otros antecedentes personales de interés

Padre con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Resultados previos: glucemia 115mg/dl

Sin síntomas hiperglucémicos. Tensión arterial: 124/78 mmHg

Analítica: Glucemia 121mg/dl. HbA1c: 6,3%. LDL: 125 mg/dl

Tira de orina reactiva: sin hallazgos patológicos

Casada y con 3 hijos. Funcionaria. Sedentaria.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se diagnostica de Glucemia basal alterada en ayunas. Para descartar DM2 se remite a realizar la prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Tratamiento y plan de actuación: Se propone iniciar un cambio de hábitos de vida siguiendo las recomendaciones de la OMS, con abandono tabáquico, ejercicio aeróbico y dieta saludable. Citamos a la paciente para control y resultado de la prueba a los 6 meses.

Evolución: Cita a los 6 meses:

Prueba oral de tolerancia a la glucosa: 137 mg/dl

Analítica: Glucemia 110mg/dl. HbA1c: 5'2%. Sin otros hallazgos de interés.

Tira de orina reactiva: sin hallazgos patológicos.

Tensión arterial: 122/73 mmHg Peso: 79 Kg

La paciente comenta que sale a caminar 3 días a la semana durante 30 minutos y realiza una dieta hipocalórica y baja en grasa.

Aunque no ha abandonado el hábito tabáquico, ha reducido su consumo. Se insiste en el abandono tabáquico y continuar con ejercicio y dieta. Revisión al año.

Conclusiones: Más del 90% de los pacientes con diabetes sufren DM2, que causa complicaciones microvasculares y macrovasculares. A pesar de que cada vez se conoce más sobre los factores de riesgo de la DM2, su incidencia y prevalencia continúan en aumento en todo el mundo, por ello es muy importante la detección temprana como ocurre en este caso y así poder actuar desde estadios iniciales como la glucosa basal alterada.

En atención Atención Primaria se dan las mejores condiciones para la detección precoz y su manejo.

P-40. Casos clínicos

Título: Doctor, se me curva el pene.

Autores: Elisa Urbina Sampedro, Belén Cacereño Jiménez.

e-mail: elisa_urbina_sampedro@gmail.com

Àmbito: Atenció Primària

Motivo de consulta: Curvatura en pene.

Varón de 40 años sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés.

Acude a consulta por presentar desde hace unos 8 meses curvatura en pene más marcada durante la erección, ha ido empeorando en las últimas semanas y le ocasiona dificultad para mantener la erección aunque no le impide la penetración.

Exploración Física: Pene en reposo, buena retracción prepucial. Placa fibrosa en cara ventral proximal a surco balano-prepucial de 1,5cm de longitud. Resto exploración genital sin alteraciones.

El paciente acude acompañado de su pareja, llevan varios años casados y tienen un hijo en común. Presentan buena relación, buen entorno familiar y social. Además, el sexo para ellos no es un tema tabú.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Enfermedad de Peyronie.

Diagnóstico diferencial: Deformidades peneanas del desarrollo: curvatura ventral congénita o curvatura asociada a epispadias. Neoplasia: sarcoma epiteloide.

Tratamiento y plan de acción: Se deriva al servicio de Urología. Se aconseja al paciente la realización de autofotografías.

Evolución: El paciente es valorado por Urología, quien confirma nuestro diagnóstico; en autofotografías se observa pene en semierección con angulación hacia la derecha del tercio distal. Inicia tratamiento con Auxina (Vitamina E) 400mg al día durante 6 meses y remite al paciente a Andrología.

Al cabo de varios meses el paciente acude de nuevo a nuestra consulta por deseo gestacional desde hace un año. Persiste disfunción eréctil y todavía no ha sido valorado por Andrología.

Conclusiones: Aunque el diagnóstico de la enfermedad de Peyronie es clínico, es una entidad poco común y la mayoría de los médicos de familia tienen una experiencia limitada en su tratamiento. Ante su sospecha se recomienda una valoración por parte de un servicio especializado en función sexual y reproducción masculina. En este caso es preciso valorar que dicha enfermedad le esté comprometiendo su función sexual, agravándose ante la demora para ser citado.

P-41. Casos clínicos

Título: Una imagen vale más que mil palabras.

Autores: Laura Asuncion Bueno Lopez, Jesus Sanchez Tordesillas.

e-mail: laura_bueno_lb137@hotmail.com

Àmbito: Servicio de urgencias

Motivo de consulta: Ingesta de cuerpos extraños en paciente con trastorno esquizoafectivo

Se trata de una mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con diabetes insípida central secundaria a un traumatismo craneoencefálico en 1995 y un trastorno esquizoafectivo por el cual está ingresada en unidad de larga estancia, que acude al servicio de urgencias debido a ingesta de una caja de alfileres. En urgencias la paciente presenta buen estado general, niega dolor abdominal u otros síntomas y está estable hemodinámicamente. A la exploración física no presenta dolor abdominal ni signos sugestivos de perforación por lo que se decide solicitar una analítica y una radiografía de tórax y abdomen. A nivel psiquiátrico la paciente se encuentra tranquila, con conducta adecuada, refiere que ha ingerido los alfileres para salir del centro de larga estancia debido a idea delirante de perjuicio, refiere que algunos cuidadores mediante la comida o acciones la atacan o persiguen.

En cuanto a los resultados, la analítica es anodina y en la radiografía de abdomen destaca la presencia de unos 100 alfileres en cuerpo gástrico, no se observan signos de perforación. Ante esta situación se decide realizar una interconsulta al servicio de psiquiatría y otra al servicio de cirugía general para valoración de la paciente. Cirugía desestima realizar ninguna intervención. Se trata de una paciente ingresada en un hospital de larga estancia debido a patología psiquiátrica con poca adaptación al medio. por lo que recomienda seguimiento radiográfico.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Ingesta de cuerpo extraño

Tratamiento y plan de acción: Se decidió ingresar a la paciente en planta de agudos de psiquiatría, donde permaneció una semana durante la cual se realizó control radiográfico.

Evolución: Tras 2 días se realizó nueva radiografía donde se ve la progresión de los cuerpos extraños a lo largo del aparato digestivo. Se realizan otras 2 radiografías, una a los 7 días y otra a los 10 días, donde ya no se observa ningún cuerpo extraño.

Conclusiones: A pesar de la importante ingesta de cuerpos extraños, el abordaje no siempre es quirúrgico o endoscópico. En este caso se optó por la observación debido al bajo riesgo de perforación y a la estabilidad de la paciente.

P-42. Comunicació d'investigació

Título: Leishmaniasis a l'àrea sanitària de Manacor: valoració del grau de 33élulas33i3n.

Autores: Joan Antoni Puigserver Rosselló, Vicenç Rocamora Duran, Maria Gabriela Corte Torres, Xavier Mesquida Ferrando, Juan Garcias Ladaria.

e-mail: jtpuigserver@gmail.com

Objetivos: Descriure el grau de 33élulas33i3n dels casos de leishmaniasis a l'àrea sanitària de l'Hospital de Manacor, Mallorca, entre els anys 2013 i 2017.

Materiales y métodos: Partint dels registres d'anatomia 33élulas33i3n i 33élulas33i3n33a hem recollit els casos diagnosticats mitjançant visualització per 33élulas, frotis o tècniques de 33élulas33 molecular entre els anys 2013 i 2017 a l'Hospital de Manacor, que cobreix una 33élula poblacional d'uns 150.000 habitants del sud-est de Mallorca. En els casos de les biòpsies a les quals s'aplicaren tècniques de PCR, aquesta únicament detectava la 33élulas33i de Leishmania infantum. Una vegada registrats els casos diagnosticats, s'ha valorat la seva 33élulas33i3n mitjançant l'emplenament del full de 33élulas33i3n obligatòria.

Resultados: Es diagnosticaren un total de 136 casos amb edats que variaven des dels 0 als 86 anys, essent tots ells casos autòctons. Del total de casos diagnosticats únicament 36 foren declarats.

Conclusiones: Malgrat tractar-se d'una malaltia de 33élulas33i3n obligatòria, veiem que la 33élulas33i3n arriba escassament a un 26.47%. És necessari implementar estratègies per optimitzar la 33élulas33i3n dels casos.

P-43. Casos clínicos

Título: El amplio diagnóstico diferencial de la fiebre. **Autores:** Cristina Vidal Ribas, Jitka Mudrychova, Jose Ignacio Ramírez

Manent.

e-mail: cris.3.v.r@gmail.com

Àmbito: Atenció Primària

Motivo de consulta:

Mujer de 31 años, acude por fiebre.

Antecedentes personales: No AMC. AP: sin interés, ningún tratamiento.

Anamnesis Explica que desde hace 4 días tiene fiebre, con sudoración nocturna y cansancio. La primera visita se realiza en septiembre, sin coincidir con el inicio de la epidemia de la gripe.

Exploración: T 38,3 Adenopatía supraclavicular derecha. Resto normal.

Pruebas complementarias: En un primer momento se decide tratamiento con antibiótico y antipiréticos y control en una semana.

No se solicita ninguna prueba complementaria.

Vive con su marido, sin hijos. Trabaja en ámbito sanitario y nivel socio-económico medio-alto. Red social amplia.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Fiebre sin foco.

Etiología viral, bacteriana, proceso autoinmune, proceso neoplásico.

Tratamiento y plan de acción:

La paciente reacude al cabo de una semana por persistencia de la fiebre y aumento de la sudoración nocturna.

Se solicita analítica general, prueba Mantoux y radiografía de tórax.

Evolución

Durante el estudio, se objetiva aumento mediastínico, por lo que se realiza TAC torácico, informando de una masa mediastínica y afectación ganglionar supraclavicular.

Se realiza biopsia, orientándose como linfoma B mediastínico. Se establece como estadio IV mal pronóstico.

Se inicia tratamiento con quimioterapia, sin responder a las dos primeras líneas de tratamiento, con diseminación pulmonar, pleural y al pericardio. Se inicia tercera línea de quimioterapia con intención paliativa.

Finalmente la paciente es ingresada por disnea de difícil control, fallece al cabo de varias horas.

Conclusiones

El linfoma de 34élulas B mediastinico representa al 2-4% de linfomas B de 34élulas grandes, afectando en su mayoría a adultos jóvenes, con una edad mediana de 35 años, con más frecuencia a mujeres.

P-44. Título: El mordisco inofensivo de un gato.

Autores: Jennifer Paola Cantarero Durán, Ana Belen Jaramillo Robayo, Joan Arnau Rossello Galmes, José Franco Lorente, Juan Francisco Vega Ortiz, Julia María López Resusta.

e-mail: jencantarero@yahoo.com

Àmbito: Mixto

Motivo de consulta: Dolor rodilla izquierda

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Prótesis rodilla bilateral

Paciente de 81 años, consulta por fiebre intermitente, dolor y tumefacción rodilla izquierda de 4 días de evolución. Antecedente de sufrir escoriación por gato en pierna derecha hace 10 días, recibiendo tratamiento con curaciones y antibiótico por 7 días. Es derivada al hospital y dada de alta por traumatología.

Acude 2 semanas después de nuevo a su médico de familia por empeoramiento clínico progresivo en los últimos 3 días y es trasladada al hospital.

Exploración: Mal estado general, febril (38. 5º), rodilla izquierda edematosa, con aumento de temperatura local y eritema.

Pruebas Complementarias: Leucocitosis elevada. Estudios de imagen sin alteraciones.

Por evolución desfavorable es derivada al centro de referencia, para realizar gammagrafía ósea, siendo esta positiva. Es ingresada en cuidados intensivos por shock séptico y hemocultivo positivo para PASTEURELLA MULTOCIDA.

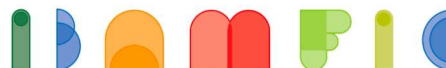
Casada, vive con su marido. Tuvieron 6 hijos, los cuales están al cuidado estrecho de sus padres.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: artritis séptica rodilla izquierda complicada con shock

Tratamiento y actitud terapéutica: Fluidoterapia, vasopresores, fármacos inotrópicos y terapia antibiótica. Extracción de prótesis rodilla con colocación de espaciador estático. Pendiente programación de intervención nueva prótesis.

Evolución: Recuperación progresiva hasta el alta, dos meses después del ingreso. A la espera de intervención quirúrgica.

Conclusiones: Atención primaria es el escenario ideal donde se evalúan el conjunto de síntomas y signos de un paciente, que añadido al historial previo, nos llevarán a realizar un correcto juicio clínico. El primer contacto del paciente con el médico de familia y una oportuna intervención, puede ser crucial en la evolución clínica de un caso y por lo tanto, en la salud de nuestros pacientes.



ÍNDICE DE AUTORES

A

Aguirre Salegui, Oihana: P-24, P-25, P-39
Alavés, María: P-9
Alcover, Carme: P-7
Alonso Ramis, J. M.: P-29
Amat Salvador, Jordi: O-6, P-1
Arenas Abad, Arturo José : O-5
Arranz Izquierdo, Javier: O2

B

Ballester Camps, Antoni: O-2
Barchillón V.: O-12
Barona Valladolid, María: O10, P-32, P-8
Beni D.: O-12
Boronat Moreiro, M^a. Asunción: O-2
Borrego Sevillano, María Inmaculada: O-3, O-10, P-32
Bueno López, Laura Asunción: P-41
Bulilete, Oana: O-1

C

Cacereño Jiménez, Belén: P-40
Cantarero Durán, Jennifer Paola: O3, P-10, P-26, P-44
Carandell Jager, Eugenia: O-2
Cartagena Gimeno, M^a. de los Reyes: P-2
Castro, Adoración: P-37
Chela Álvarez, Xenia: O-1
Cifre Socias, Apol·lònia: O-1, P-27
Corte Torres, María Gabriela: P-42
Crespo Leza, Laura: P-18, P-34
Criado Barga, Bárbara: O-9

E

Estelrich Bennassar, J.: P-29

F

Ferrà Salom, Bárbara: P-27
Ferriol Bergas, José: O-5
Feuerbach, Natalia: P-1
Figueres Sánchez, Berta: P-13
Flexas, Cristina: P-7
Franco Lorente, José : O-4, P-10, P-30, P-44
Frontera, Guiem: P-17
Fuster Hernández, María: O-1, P-27

G

Gadea Ruiz, Cristina: O-1, P-27
Gandia López, Sara: P-5, P-23
García Dos Ramod, Judith Alejandra: P-35
Garcias Ladaria, Juan: P-42
Gili, Margalida: P-37
Gómez Zahino, Alba: P-18 P-34
Gorreto, Lucía: O-12, P-7
Guerrero Bernat, Sara M^a.: P-19, P-34
Gueto V.: O-12
Guillén Castillo, Maria del Mar: P-35
Gutiérrez García, Mercedes: O-

H

Hernández Silva , Rafael Emilio: P-38
Homar Amengual, Catalina: P-6, P-11

J

Janer Dorce, M. E.: P-29
Janer Llobera, J. M.: P-29
Jaramillo Robayo, Ana Belén: P-26, P-44
Jiménez Guerrero, Carmen: P-12, P-28, P-31
Julià Noguera, Gràcia: O-7, O11, P-20, P-38

L

Llobera Cànaves, Joan: P-27
Lorente San Martín, María Ángeles: P-20
López Cleries, Celia: P-5, P-23
López Resusta, Julia María: P-10, P-26, P-30, P-44
López, Laura: P-14
Loras, Ana: P-7, P-14

M

Mannucci, Matteo: P-18
Marimon Munar, Pep Lluís: O-4, P-8, P-21
Mendiguren M.A.: O-12
Mesquida Ferrando, Xavier: P-42
Mesquida, Xavi: P-14
Minué C.: O-12
Molero, Carlos: P-9
Moreno Montoro, Mónica: O-4, P-10, P-21, P-30
Morey Rosselló, Rosa: P-2
Mudrychova, Jitka: P-4, P-5, P-15, P-16, P-33, P-36, P-43

N

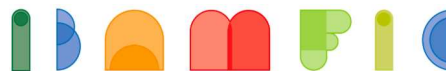
Nadal Riera, M.: P-29
Núñez Jiménez, Catalina: P-2

O

Ochogavía, Jaume: P-7
Oliva, Bernardino: P-9
Ortega Cutillas, Mariano: P-22
Ortega Pérez, Juan: O-7, O-8, O11, P-6, P-11, P-20, P-38

P

Pardo Utiel, María: O-10, P-8, P-21
Peiró Agramunt, Carmen: P-12, P-25, P-39
Pérez-Ara, M^a. Ángeles: P-37
Pons Vives, Susana: O-6
Puig Valls, Bartomeu: P-13
Puigserver Rosselló, Joan Antoni: P-42
Puiguriguer Ferrando, Jordi: P-6, P-11



R

Ramírez Manent, José Ignacio: P-4, P-15, P-16,
P-33, P-36, P-43
Reus, Xisco: P-37
Reyes Moreno, José: O-5
Ribera J.A.: O-12
Rigo Carratala, Fernando: P-17
Roca Casas, Antònia: O-2, P-29
Roca, Miquel: P-37
Rocamora Durán, Vicenç: P-42
Roselló Galmes, Joan Arnau: O-3, P- 32, P-44

S

Sánchez Tordesillas, Jesús: P-41
Sánchez-Contador Escudero, María del
Carmen: O-5
Sansó, Marc: P-9
Santana Oteiza, Miriela: P-17
Segarra Pou, Sergi: P-23
Segarra Sánchez-Cutillas, Ínigo Alberto: P-24,
P-28, P-31,
Serra Torres, Antonio: O-5
Sierra Campillo, Iraide: P-24, P-28, P-39
Soberats Reus, Margarita: O-5
Soler Galindo, Lucía María: O-8, P-3
Suárez Lindblad, Patricia Sofía: P-12, P-25, P-
31

T

Tamargo Garcia, Patricia: O-6
Tamargo, Patricia: P-1
Tamboreo, Gaspar: P-7
Torres Peraza, Jesús Fernando: P-22
Tossolini, Laura: O-9
Tovar Garzón, Maritza: O-1, P-27
Truyol Mas, Marina: P-17

U

Unda, Fabián: P-9
Urbina Sampedro, Elisa: P-40

V

Vega Ortiz, Juan Francisco: O-3, O-10, P-44
Vercelli, Gabriela: P-9
Vicens Vicens, Miquel: O5
Vicens, Caterina: P-37
Vidal Borràs, Meritxell: O-7, O11
Vidal Cerdà, María del Mar: P-19
Vidal Ribas, Cristina: P-4, P-15, P-16, P-33, P-
36, P-43

W

Wunderlich Gracia, Nuria: O-5

Y

Yates Bailo, Christopher: P-6, P-11

Z

Zaforteza Dezcallar, Maria: O-2