

BUTLLETÍ
de l'Atenció Primària de Catalunya

Comunicacions

XXIX Congrés de la CAMFiC



ESTENEM PONTS



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

PRIMER PREMI COMUNICACIÓ ORAL

REMEI TELL BUSQUETS
CARLOS RODRÍGUEZ PAGO
GEORGINA MARINÉ LLAURADÓ

Contacte:
gmarine@absaco.org

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8843

Via subcutània: la gran oblidada

Casos clínics des de la mirada del metge de família

Home de 87 anys, en atenció domiciliària (ATDOM) i en el model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) amb antecedents patològics d'hipertensió arterial, insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció preservada, fibril·lació auricular crònica, cardiopatia isquèmica crònica (*angor* i infart agut de miocardi), insuficiència renal crònica en estadi 3b (filtrat glomerular de 39 ml/min/1,73 m²), hiperuricèmia, malaltia pulmonar obstructiva crònica i polliartrosi. Tractament farmacològic habitual amb enalapril 5 mg, bisoprolol 2,5 mg, rivaroxaban 15 mg, empaglifozina 10 mg, furosemida 80 mg, BOI-K[®], Nitroplast[®] 5 mg, omeprazole 20 mg, simvastatina 20 mg, Hidroferol[®] quinzenal, Spiolto[®], al·lopurinol 300 mg.

La família consulta per augment de la dispnea habitual amb edemes perifèrics i simptomatologia compatible amb hipotensió ortostàtica. Acudim al domicili i en l'exploració física destaca tensió arterial de 102/54 mmHg, edemes fins a les cuixes i auscultació respiratòria amb crepitants a ambdós terços basals. Els dies previs, la família havia augmentat la furosemida segons les indicacions mèdiques a 100 mg/dia, amb mala tolerància i escassa millora. El pacient i la família manifesten preferència per fer maneig domiciliari de la situació.

Se'ls ofereix l'inici de bomba d'infusió contínua subcutània de furosemida a dosi de 60 mg/24 h. Es fa seguiment estret amb registre diari de pes i tensió arterial i presenta millora progressiva. Es pot reduir la dosi fins a la retirada de la bomba el desè dia, i es dona pas a via oral, amb dosi de 60 mg/dia, que tolera correctament. A l'inici de la col·locació de la bomba es va entrenar la família per tal que ells mateixos poguessin reomplir la bomba diàriament.

D'aquesta manera les visites del personal sanitari es van poder realitzar cada 48-72 hores. Al llarg dels darrers mesos, el pacient ha requerit en tres ocasions la col·locació de la bomba durant períodes més curts, amb bona tolerància i resposta, i s'han evitat, així, desplaçaments al centre hospitalari de referència.

Conclusió: la via subcutània és útil en el maneig de les descompensacions per insuficiència cardíaca en pacients que prefereixen el maneig domiciliari.

SEGON PREMI COMUNICACIÓ ORAL

FRANCESC ALÓS
JUDITH GORT
MARTA TRENCHS
ADRIANA SALA
YOSEBA CÁNOVAS
ANNA PUIG-RIBERA

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8775

Incorporar mesures objectives de la conducta sedentària en els mètodes de detecció i control de la diabetis *mellitus* de tipus 2: desenvolupament d'un model matemàtic per a la pràctica clínica

Resultats d'investigació quantitativa

Introducció: la diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) és una de les principals amenaces per a la salut pública del segle XXI. Identificar i preveure la DM2 és el primer pas per aturar la seva progressió, i s'han d'implementar urgentment noves estratègies amb sistemes de detecció precoç de baix cost i no invasius. El comportament sedentari és un dels factors de risc que condueix a l'augment actual de la seva prevalença.

Objectiu: desenvolupar un model matemàtic senzill per a la pràctica clínica que permeti la identificació precoç d'adults amb diagnòstic de DM2 o amb risc de presentar-la, a partir de mesures objectives del patró de comportament sedentari i variables no invasives.

Mètodes: estudi transversal. Variables antropomètriques (sexe, edat i índex de massa corporal [IMC]), temps de son (hores) i patró de comportament sedentari (interrupcions i temps sedentari en períodes sedentaris de quatre durades diferents) de dos grups de població (adults amb i sense diabetis) amb feina d'oficina. Es van mesurar i comparar amb el dispositiu ActivPAL3M®. Dels participants, 81 tenien DM2 i 132 no. El risc de tenir DM2 es va modelar mitjançant un model lineal generalitzat i es van seleccionar les variables que presentaven una correlació significativa amb DM2.

Resultats: el model de predicció de la DM2 va utilitzar cinc variables clíniques no invasives (sexe, edat, IMC, temps de son [hores] i interrupcions sedentàries <20 minuts [nombre/dia]). El model validat va classificar correctament el 88,89% dels participants: tots els adults sense DM2 i el 77% dels pacients amb DM2. També va permetre, a partir del perfil antropomètric dels participants, el disseny d'una eina preventiva per modificar el patró de comportament sedentari des de les consultes.

Conclusió: incorporar un algoritme que contingui una expressió matemàtica en dispositius vestibles (*wearable*) per controlar el patró de comportament sedentari podria ser una eina molt potent per a la detecció precoç i el control integral de la DM2 en la pràctica clínica.

TERCER PREMI COMUNICACIÓ ORAL

MARINA PELFORT MORENO
ANNA VILADIU ILLANAS
VIOLETA URIACH TIMONEDA

Contacte:
mpelfort.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8793

Una difícil integració

Pacient que consulta al servei d'urgències per dolor epigàstric d'una setmana d'evolució i que ha empitjorat les últimes 24 hores amb vòmits i diarrea. És una dona de 50 anys, originària d'Hondures, que resideix en una zona semiurbana des de fa 6 mesos. Com a antecedents rellevants: intervenció quirúrgica d'hèrnia umbilical i síndrome depressiva. Feia 3 mesos que havia estat visitada al servei d'urgències per dolor abdominal i va ser diagnosticada de betzoar (pèl i roba) per tomografia axial computada. Es va realitzar tractament amb begudes carbonatades, cel·lulosa i dieta líquida. Actualment continua bevent Coca-Cola®. A l'arribada al servei es troba hemodinàmicament estable i afebril. En l'anamnesi destaca tristor, hiporèxia i apatia. En l'exploració, pal·lidesa mucocutània i l'abdomen distès, dolorós. S'hi palpa una massa de 8 cm aproximadament a nivell de l'epigàstri. Com a diagnòstic diferencial: tumor (neoplàsia, quist o betzoar) i gastroenteritis aguda. Proves complementàries: en l'anàlisi sanguínia destaca una anèmia microcítica i en la radiografia abdominal es visualitza una gran ocupació gàstrica, de densitat d'aigua, irregular, de 17 cm x 8 cm, compatible amb un augment del betzoar. Es comenta el cas amb cirurgia general, que descarta la possibilitat d'intervenir i recomanen begudes carbonatades, cel·lulosa i dieta líquida. La pacient també va ser valorada per psiquiatria, ja que la vegada anterior no es va arribar a fer una primera valoració i es va perdre el seguiment. Aquest quadre és a conseqüència d'una depressió de l'emigrant, amb un estrès crònic i múltiple. S'anomena la síndrome d'Ulisses. Aquest cas és un molt bon exemple de la importància de realitzar un abordatge biopsicosocial i de la poca relació entre les urgències hospitalàries i l'atenció primària. En la primera visita, només es va abordar l'organicista i es descartà patologia urgent, sense controls posteriors a salut mental o a l'atenció primària. En el cas de persones novingudes sense adherència al sistema de salut seria rellevant realitzar aquestes derivacions.

PRIMER PREMI PÒSTER

JESSICA PINTO ASENJO
ANTONIETA ALSO FONTANET
NATALIA ECHIBURU SALINAS
BLANCA RAITERI BOIRA

Contacte:
japinto@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8856

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la evolución del insomnio y la ansiedad, y los fármacos prescritos para su tratamiento desde 2017 a 2022

Resultats d'investigació quantitativa

Objetivo: conocer el impacto de la COVID-19 en la evolución del insomnio y la ansiedad, y la prescripción de benzodiacepinas (BZD) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en un centro de salud urbano.

Materiales/métodos: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, que analiza la incidencia anual de diagnósticos brutos de insomnio y de ansiedad; y la cantidad de prescripciones anuales de BZD e ISRS entre 2017 y 2022.

Criterios de selección: diagnóstico de insomnio, ansiedad; prescripción de BZD e ISRS. Evaluado por el comité de investigación del Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE).

Resultados: respecto al insomnio, en el año 2017 se reportaron 144 diagnósticos de un total de 28.839 pacientes, con una incidencia del 0,49%; en el 2020, 181 casos de un total de 29.129 pacientes, con una incidencia del 0,62%, y en el 2022, 200 casos de un total de 29.644 pacientes, con una incidencia del 0,67%. Respecto a la ansiedad, en el año 2017 se reportaron 320 casos de 26.910 pacientes en riesgo de padecer trastornos de ansiedad, con una incidencia del 1,18%; en el 2020, 508 diagnósticos de 26.509 pacientes, con una incidencia del 1,91%, y en el 2022, 567 diagnósticos de 26.376 pacientes, con una incidencia del 2,14%. En el 2017, se realizaron 1.076 prescripciones de benzodiacepinas, y 970 y 1175 en los años 2020 y 2022, respectivamente. En el año 2017, se realizaron 418 prescripciones de ISRS; 435 y 663 en los años 2020 y 2022, respectivamente.

Conclusión: la pandemia de COVID-19 ha sido un punto de inflexión en los diagnósticos de ansiedad, especialmente a partir del año 2020, en comparación con los de insomnio, que se mantienen estables. También hay que destacar que en 2020 se prescribían menos fármacos para su tratamiento, pero con un repunte en los años posteriores, y destaca que las BZD duplican a los ISRS.

SEGON PREMI PÒSTER

ESTHER RODRIGO CLAVEROL
M^a DOLORES RODRIGO CLAVEROL
JÚLIA JOVÉ NAVAL
M^a CARMEN NAUDI FARRÉ
KEYKO SOLE MELERO
ANNA TORRES JULAR

Contacte:
erodrigo77@yahoo.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8842

Opinió i satisfacció dels participants en un assaig clínic. Projecte Extra-can

Resultats d'investigació quantitativa

Objectius: avaluar l'opinió i grau de satisfacció del familiar acompanyant i del nen/a a qui se li fa una extracció sanguínia o dental en un centre d'atenció primària (CAP) amb suport d'un gos de teràpia.

Material i mètodes: assaig clínic aleatoritzat multicèntric amb dues branques: 1) grup control (GC) i 2) grup d'intervenció (GI). Nens/es de 3-8 anys que necessiten una extracció sanguínia o dental a tres serveis de pediatria d'atenció primària. La participació és voluntària amb signatura de consentiment informat. Assignació a l'atzar al GC o al GI. Intervenció: en el GC, extracció sanguínia o dental segons el protocol habitual, i en el GI, igual que en el control + teràpia d'acompanyament animal (TAA; interacció amb un gos els 10 minuts previs a l'extracció, extracció acompanyat/da del gos i 5 minuts d'interacció amb el gos postextracció). Variables: edat, gènere. Escala facial Wong-Baker per als nens i nenes pre i postintervenció, qüestionari d'opinió a progenitors o acompanyants al finalitzar. Variables numèriques: càlcul de mitjanes i desviacions típiques, contrast *t* de Student/grups independents. Variables categòriques: càlcul de les freqüències absoluta i relativa, i contrast exacte de Fisher. Variables numèriques no simètriques o categòriques ordinals: càlcul mediana i rang interquartilic. Grau de confiança del 95% (error tipus 1 = 0,05). R-Studio. Limitacions: estudi *open-label*; no permet doble cec. Horari de les extraccions sanguínies del CAP: 8 h-9 h; màxim 3 intervencions/dia de GI. Aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol amb el codi: 19/042-P. Se segueixen els protocols de prevenció de zoonosi i de benestar animal.

Resultats: 64 participants (29 al GC i 35 al GI); 36 nens (56,25%) i 28 nenes (43,75%). Mitjana d'edat: 5,42 ($\pm 1,75$) anys. Satisfacció de nens i nenes (escala facial) abans de l'extracció: total 2,27 (2,97); GC 1,00 [0,00; 4,00] i GI 2,00 [0,00; 4,00], $p = 0,721$; postextracció: total 1,44 (2,59); GC 1,00 [0,00; 4,00], GI 0,00 [0,00; 0,00], $p = 0,017$. Enquesta d'opinió (0-10 punts): satisfacció del procediment: total 9,34 ($\pm 1,09$), GC: 10,0 [8,00; 10,0], GI: 10,0 [9,00; 10,0], $p = 0,072$. Ha estat estressant l'extracció per a vostè? GC: 1,00 [1,00; 5,00], GI: 1,00 [1,00; 1,00], $p = 0,001$. Considereu que el nen/a estava relaxat? GC: 4,00 [2,00; 8,00], GI: 8,00 [5,00; 10,0], $p = 0,001$.

Conclusions: ambdós grups expressen un nivell de satisfacció molt elevat. Els familiars acompanyants opinen que el gos ajuda a viure la tècnica de forma menys agressiva i menys estressant per al nen o nena i per al familiar, i ho recomanarien a altres progenitors. Tenir en compte l'opinió dels usuaris pot ajudar-nos a adequar millor els projectes a les seves necessitats.

TERCER PREMI PÒSTER

REBECA ALFRANCA PARDILLOS
CRISTINA GIRALT VÁZQUEZ
IRIS FORCADA PARRILLA
ANNA MARIA CORRAL TOMAS
DAN OLTEAN OLTEAN
FRAN CALVO GARCÍA

Contacte:
ralfranca.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8675

La immigració com a factor protector de mortalitat en persones en situació de sensellarisme

Resultats d'investigació quantitativa

Objectiu: analitzar l'impacte de la immigració com a factor de protecció de mortalitat prematura en les persones en situació de sensellarisme (PES).

Material i mètodes: disseny observacional, analític, longitudinal, prospectiu d'una cohort de quinze anys de seguiment. Àmbit de realització i nivell d'atenció sanitària: centre d'atenció primària en col·laboració amb serveis socials i serveis de salut mental i addiccions.

Criteris de selecció: totes les PES identificades durant l'any 2006. Nombre de subjectes inclosos: 855 PES.

Variables i mètodes d'avaluació de la resposta: es va extreure la informació clínica i sociodemogràfica de les històries clíniques i socials dels serveis participants l'any 2022.

Anàlisi estadística: es van analitzar les característiques clíniques i demogràfiques dels subjectes, es van comparar persones mortes i vives mitjançant proves estadístiques: corbes de supervivència i proves de *log-rank* per a supervivència entre grups, model de riscos proporcionals de Cox per raó de risc de mortalitat. Les proves estadístiques es van considerar significatives amb un valor $p < 0,05$.

Limitacions: l'estudi es va limitar a persones en les situacions més extremes de sensellarisme, sense considerar altres formes de manca de llar. Se suggereix tenir en compte el biaix en classificar tots els estrangers de manera uniforme, sense considerar variables com el temps de residència, la situació administrativa o la pertinença a una minoria ètnica.

Aspectes legals: el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de Girona va aprovar el protocol de recerca amb el codi COHORT2002 el dia 28 d'octubre de 2016.

Resultats: es va trobar que l'edat (*odds ratio* [OR] = 0,915; interval de confiança [IC] del 95%: 0,884-0,947), l'addicció a l'alcohol (OR = 2,354; IC 95%: 1,486-3,731) i haver nascut a Espanya (OR = 2,906; IC 95%: 1,594-5,299) van ser factors associats a la mortalitat.

Conclusions: la immigració és un factor de protecció de la mortalitat prematura de les PES. Les PES immigrants són més joves i presenten millor salut que les PES autòctones.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SUSANNA VARGAS VILA
MARIA MALLART RAVENTÓS
MARTA RIPOLL PARRADO

Contacte:
svargasvila9@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8167

Comunicació:
PÒSTER

A partir del símptoma guia...

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: còlics renals.

Història clínica

Enfocament individual: home de 65 anys amb hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, lipomatosi cutània familiar. Consulta per segon còlic nefrític esquerre. Tira d'orina amb microhematúria. L'ecografia renal objectiva al pol inferior del ronyó esquerre dos nòduls ben definits ecogènics de 26 i 27 mm que suggereixen angiomiolipomes. El radiòleg aconsella nova ecografia en 6 mesos, que confirma les imatges nodulars i detecta una imatge pseudonodular de 4 cm, d'aspecte sòlid, menys ecogènica, al ronyó dret. Per completar l'estudi, la tomografia computada abdominal confirma els tres nòduls i una lesió sòlida hipercaptant adrenal dreta. Derivem a urologia i es practica suprarenalectomia dreta i nefrectomies parcials dreta i esquerra. **Judici clínic:** carcinoma renal de cèl·lules clares i feocromocitoma suprarenal dret. Amb els diagnòstics de neoplàsia suprarenal, neoplàsia renal bilateral i nòduls subcutanis familiars, se sospita neurofibromatosis (síndrome de Von Hippel-Lindau). Estudi molecular del gen VHL: mutació heterozigota del gen VHL.

Enfocament familiar i comunitari: al diagnosticar una malaltia genètica, es recomana estudi familiar.

Tractament i plans d'actuació: el pacient s'etiqueta com a pacient crònic complex i es fa seguiment compartit entre atenció primària i hospitalària.

Evolució: en el seguiment es diagnostica i tracta hemangioblastoma intramedul·lar cervical i hemangiomes retinals.

Conclusions

A l'atenció primària és fonamental detectar el símptoma guia i estudiar-lo. Davant còlics renals de repetició, cal un estudi ecogràfic renal. Els angiomiolipomes renals requereixen seguiment ecogràfic. La continuïtat assistencial entre medicina de família i hospitalària és primordial. La comunicació interprofessional és clau per arribar al diagnòstic. La síndrome de Von Hippel-Lindau és un trastorn d'herència autosòmica dominant que predisposa a l'aparició de diversos tipus de neoplàsies.

CARLA AMORÓS TORNÉ
PEDRO APARICIO RUIZ DE CASTAÑEDA
ALLISON GOUSSENS
CATALINA NEUS SEGÚI CRESPI

Contacte:
p416upac@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8219

Comunicació:
ORAL

Experiència de maneig conjunt de l'apnea obstructiva del son des de la consulta d'atenció primària i el servei de pneumologia

La síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) és un important problema de salut pública, ja que s'associa a mortalitat i morbiditat elevades derivades de les alteracions originades durant el son. Tan sols estan diagnosticats un de cada deu casos i s'estima que al voltant del 5% de la població la pateix. Motivats per l'increment exponencial de la sospita de SAOS a l'atenció primària (AP), que va suposar el 2021 gairebé el 40% de totes les derivacions a pneumologia, es va crear durant el 2022 al nostre centre un grup de treball multidisciplinari amb la unitat de son de l'hospital de referència amb el propòsit d'empoderar l'AP en el diagnòstic i maneig de la SAOS i poder dur a terme poligrafies respiratòries (PR) en l'àmbit ambulatori i evitar desplaçaments i derivacions innecessàries. L'hospital de referència va cedir al nostre centre un dispositiu de PR i va formar un auxiliar d'infermeria per ensinistrar els pacients en la seva col·locació i la retirada i a carregar les dades per a la generació automàtica de l'informe a l'estació clínica d'atenció primària (eCAP). Els facultatius d'AP es van instruir en la lectura dels informes de les PR i es va dissenyar un algoritme d'actuació segons el resultat. Les primeres 100 PR valorades pels metges i metgesses d'AP van permetre diagnosticar un 39% de SAOS greus (i que van rebre directament pressió positiva contínua de les vies respiratòries [CPAP] des de pneumologia) i descartar un 40% de casos que tan sols requerien modificacions de l'estil de vida i d'hàbits. La resta (21% de SAOS moderats) es valoraven mitjançant interconsulta virtual i s'evitava així el desplaçament de gairebé dues tercers parts dels pacients. D'acord amb la nostra experiència, la seva implementació ha demostrat ser simple i amb bona relació cost-efectivitat. Com ha passat amb altres tècniques diagnòstiques, la interpretació de les PR des d'AP esdevindrà una realitat els anys vinents.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SUSANNA VARGAS VILA
MARIA CONDOM ESTEVE
CAROLINA ROIG BUSCATÓ

Contacte:
svargasvila9@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8232

Comunicació:
PÒSTER

Què hi ha darrere un plor? La importància dels signes clínics

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: labilitat emocional, cansament.

Història clínica

Enfocament individual: mentre la infermera està curant una dona de 38 anys, obesa mòrbida, nefrotomitzada per càncer renal de recent diagnòstic, la pacient em veu i s'emociona: em diu que se sent fluixeta, que no pot fer ni el que és més bàsic de casa, com cuidar el fill de 6 anys... i es posa a plorar. Refereix pruija generalitzada, astènia, una molèstia al pit per la qual ja ha consultat en múltiples ocasions (durant l'hospitalització, i en una consulta al CAP i també a urgències). S'ha orientat com a síndrome ansiosa i escabiosi.

A l'exploració: afebril, apneica, amb saturació d'oxigen del 98%, taquicàrdia a 115 bpm i PA de 116/101 mmHg. Les auscultacions cardíaca i pulmonar no mostren anomalies. Electrocardiograma: taquicàrdia sinusal.

Judici clínic: la pacient presenta múltiples factors de risc per a tromboembolisme pulmonar (TEP), que és la nostra sospita clínica.

Enfocament familiar i comunitari:valuem la labilitat emocional i el context familiar, però és prioritari descartar orgicitat.

Tractament i plans d'actuació:derivem a urgències hospitalàries. Dimer D: 6.724 ng/ml. Ecografia Doppler de les extremitats inferiors normal. Tomografia computada d'arteries pulmonars: TEP bilateral.

Evolució: s'inicia tractament amb heparina, amb bona resposta i desaparició del dolor toràcic. A l'alta inicia anticoagulació oral.

Conclusions

Sempre hem de reinterrogar el pacient, encara que hagi estat visitat en un altre nivell assistencial. És bàsic detectar el símptoma guia i estudiar-lo. Un signe clínic alterat mereix ésser investigat. El metge o metgessa de família ha de fer sempre un abordatge integral, biopsicosocial. L'anamnesi i l'exploració física són la base d'un bon diagnòstic. La bona comunicació metge/essa-pacient facilita el diagnòstic. La longitudinalitat és una característica de l'atenció primària, molt beneficiosa per a la salut. Per diagnosticar TEP, cal sospitar-lo, valorant-ne la probabilitat pretest. El diagnòstic precoç del TEP redueix les complicacions i la mortalitat.

SILVIA MORENO DÍAZ
VILMA EMILIA CARRILLO MEDINA
JOAN BAYÓ I LLIBRE

Contacte:
silvmd95@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8233

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, crec que he vist sortir un cuc per la ferida...

Home de 21 anys, natural de Barcelona, sense al·lèrgies ni antecedents personals destacables ni medicació habitual.

Consulta al CAP per lesió cutània en el flanc dret, de 2 setmanes d'evolució. Explica una possible picada d'insecte en un viatge recent a l'Equador: va estar 7 dies a la selva amazònica. Fins ara ha seguit tractament amb mupirocina tòpica, àcid fusídic tòpic en oclusió i cloxacil·lina via oral, sense millora. Sense febre ni altra simptomatologia. A l'exploració destaca nòdul eritematós violaci de 2-3 cm al flanc dret, amb zona ulcerada central de 2-3 mm. Drena un mínim exsudat marró i purulent. Molèstia a la palpació. Sense signes de cel·lulitis o abscess, ni lesions cutànies a altres localitzacions. Es recull mostra per a cultiu i s'inicia antibioteràpia amb amoxicil·lina-àcid clavulànic. Dos dies després el pacient reconsulta referint l'aparició d'un possible cuc blanquinós a través d'orifici del nòdul. Davant la sospita d'una possible malaltia parasitària importada es deriva a la unitat de malalties tropicals de referència, on es diagnostica de miasi. Es fa extracció manual de la larva. Identificació macroscòpica corresponent amb *Dermatobia* spp. Cultiu d'exsudat positiu per a *Enterobacter cloacae* complex, resistent a amoxicil·lina-àcid clavulànic, per la qual cosa es modifica a cefuroxíma durant 1 setmana. Desaparició del nòdul al cap de 2 mesos. Únicament resta una lleugera hiperpigmentació residual. La miasi és un problema desconegut per a la majoria dels professionals sanitaris al nostre medi. S'han informat casos importats després de viatges a regions endèmiques de l'Àfrica, l'Amèrica Central i del Sud. El diagnòstic és clínic i és fonamental preguntar per l'història de viatges. El diagnòstic diferencial ha d'incloure quist sebaci, cel·lulitis, fol·liculitis, abscess, cos estrany i dermatitis atòpica. La manca de millora amb el tractament habitual ens ha de fer sospitar altres etiologies més típiques del país que s'ha visitat. El tractament és l'extracció manual de la larva i antibiòtic si hi ha signes de sobreinfecció.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA MARTÍNEZ SATORRES
PABLO PIRES NÚÑEZ
MARTA SANJUAN GARCÍA
ARIADNA RODRÍGUEZ TALAVERA

Contacte:
albasatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8325

Comunicació:
ORAL

Dar Chabab, 5 anys promovent inclusió

Objectius: facilitar l'accessibilitat a joves migrants sense referents familiars al país. Oferir longitudinalitat i abordatge biopsicosocial. Garantir el dret a la salut.

Descripció: el 2017 va néixer al nostre barri un centre de dia (CD) que acull joves migrants sense referents familiars al país i freqüentment en situació administrativa irregular. Aquests joves presenten sovint problemes de salut (odontològics, escabiosi, malestar emocional i problemes de salut mental) derivats del fet de viure al carrer.

S'estableix un circuit d'accés al sistema sanitari i de treball en xarxa entre el CD, les educadores de carrer i el CAP:

- A tots els joves que es troben en atenció integral o especialitzada al CD se'ls assigna metgessa i infermera i primera visita al CAP. En el cas de joves que només recullen àpats al CD, se'ls vincula si es detecta una necessitat de salut.
- Quan els educadors de carrer detecten en un jove no vinculat al CD una necessitat de salut contacten amb referents del CD i del CAP per vincular-lo a ambdós serveis i programar una primera visita.
- Si el jove no en tingues, es tramita targeta sanitària (si no té padró, via conveni amb la Creu Roja).
- S'ofereix atenció de baixa exigència i les primeres visites es destinen al coneixement mutu i a establir el vincle. Es posposen cribratges i activitats preventives.
- Es manté el CAP, encara que el jove canviï de zona, per mantenir la longitudinalitat. Els joves van establir vincles i coneixent el sistema sanitari. Es treballa en xarxa amb agents comunitaris, com el servei odontològic municipal. Després de 5 anys, el circuit funciona i la satisfacció de professionals i joves és alta.

Conclusions: treballar en xarxa millora l'accessibilitat i la longitudinalitat, millora la qualitat assistencial, la inclusió i la satisfacció.

Aplicabilitat: és possible millorar l'accessibilitat, l'atenció biopsicosocial i la longitudinalitat, pilars de l'atenció primària en joves que el sistema i la societat exclouen.

PAU OLIVARES SANZO
ALBERT ROMERO GRÀCIA
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA
MARIA TERESA CASTAÑ ABAD
SOFIA GODOY GARCÍA
SARA PERERA PERERA

Contacte:
polivares.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8361

Comunicació:
PÒSTER

Determinants clínics de la malaltia pulmonar obstructiva crònica segons el gènere: estudi transversal

Objectiu: determinar la prevalença de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i les característiques clinicoepidemiològiques tenint en compte el gènere d'una cohort de pacients diagnosticats de la malaltia i provinents de consultes d'atenció primària.

Material i mètodes: estudi transversal utilitzant la base de dades del Sistema d'informació per al desenvolupament de la Investigació en atenció primària (SIDIAP) des de l'1/1/2012 fins al 31/12/2017, i que incloïa 5.800.000 persones registrades a 279 CAP. Les característiques clinicoepidemiològiques, comorbiditats i resultats d'anàlisis de sang es van registrar per a cada pacient. Es va ajustar l'*odds ratio* (ORa) a través de models de regressió logística per determinar les variables associades en dones i homes. Resultats: d'una mostra inicial de 800.899 persones, 24.135 (3%) es van considerar pacients d'MPOC, dels quals un 22,9% eren dones. Els factors de risc més associats en dones van ser bronquièctasis (Ora = 20,5, desviació estàndard (DE) = 19,5–21,6), l'edat >71 anys (Ora = 18,8; DE = 17,3–20,5), cor pulmonar (Ora = 5,2; DE = 4,3–6,7) i el càncer de pulmó (Ora = 3,6; DE = 3,2–4,0). Dones i homes tenien comorbiditats similars però diferien en la força d'associació. Conclusions: els pacients diagnosticats d'MPOC tenen una elevada comorbiditat, similar en dones i homes, tot i que la força d'associació és diferent segons el gènere. Les dones serien més susceptibles a efectes nocius del tabac i presentarien una major proporció de bronquièctasis i de síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS) que els homes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PAU OLIVARES SANZO
ALBERT ROMERO GRÀCIA
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA
MARIA TERESA CASTAÑ ABAD
PERE GODÓY GARCÍA

Contacte:
polivares.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8362

Comunicació:
PÒSTER

Salut mental i malaltia pulmonar obstructiva crònica: un binomi poc conegut

Objetivo: la ansiedad y la depresión juegan un papel importante en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aunque son escasos los estudios que han tratado de determinar su asociación con la exacerbación y todavía menos los que han tratado de cuantificar el número de exacerbaciones asociadas. El objetivo del estudio fue estudiar el riesgo de las exacerbaciones asociadas a ansiedad y depresión en los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Material y métodos: estudio de cohortes prospectivas que analizó los factores asociados a la exacerbación en 512 enfermos durante 2 años. Las exacerbaciones se definieron como moderadas, aquellas que requirieron antibióticos o corticoides sistémicos, y graves, las que precisaron de hospitalización. Para cada paciente se registró la ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale) y se cuantificaron el número de exacerbaciones durante el periodo de seguimiento.

Resultados: la prevalencia de ansiedad/depresión al inicio del estudio fue del 15,6%. Durante los 2 años de seguimiento, la media de exacerbaciones fue de 2,21. Los pacientes que además presentaban ansiedad/depresión al inicio del estudio presentaron una media de exacerbaciones mayor, de 2,8 ($p = 0,001$). La ansiedad/depresión se asoció con un mayor número de exacerbaciones moderadas-graves en el análisis ajustado (tasa de incidencia ajustada [IRRa] = 1,48). Los otros factores de riesgo asociados a un mayor número de exacerbaciones fueron el antecedente de exacerbación grave previa (IRRa = 1,50; la obesidad (IRRa = 1,27); el sobrepeso (IRRa = 1,23); el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) = 77% (IRRa = 0,84), y una mayor disnea (IRRa = 1,14).

Conclusiones: los pacientes con ansiedad/depresión presentan un mayor número de exacerbaciones y tienen un 48% más de riesgo de padecer una exacerbación respecto a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin ansiedad/depresión.

ANNA ISABEL PELLICER SANAHUJA
MÓNICA ASENSIO VIDAL
MAITE PALACIOS PÉREZ
NEUS MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Contacte:
annabelpellicer@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8363

Comunicació:
PÒSTER

El dol a través de la cultura

La nostra societat tendeix a negar i a ocultar el dol. Això implica que els pacients desconeguin la normalitat del procés i acudeixin a les nostres consultes sol·licitant una solució ràpida al malestar. La cultura sempre ha estat una font de benestar i una eina per canalitzar les emocions, per tant, es proposa utilitzar-la per aconseguir una millor gestió del dol.

Objectius de l'experiència: oferir un espai i eines de reflexió per a l'abordatge del dol, promoure la participació ciutadana i la lectura, i crear sinergies amb les entitats culturals del municipi.

Descripció de l'experiència de creació d'un banc de recursos literaris i audiovisuals realitzant una fitxa informativa de cadascun d'ells amb la seva localització a la biblioteca i al CAP. A la biblioteca es crea un espai sota el nom "Salut i Cultura", es col·loquen dues bústies i es facilita un codi QR amb el qual tothom pot fer també les seves recomanacions sobre el dol. El projecte culmina amb dues sessions presencials on s'explica el procés a través de fragments literaris i audiovisuals.

Resultats: el 100% de les recomanacions realitzades per part de la població van ser de dones. Es van recomanar 25 recursos: el 56% llibres (el 86% dels quals escrits per dones). L'assistència a les dues sessions va ser de 27 i 23 persones, amb un rang d'edat entre 26 i 86 anys. Un 43% dels assistents va comentar que sentien el dol al tòrax però, dividint-ho per gèneres, el 80% dels homes referien sentir-ho a la ment. Les sessions van ser molt dinàmiques i participatives, i van assolir pràcticament un 100% de satisfacció.

Conclusiones: el dol és un tema d'interès en la nostra població, que té necessitat de visibilitzar-lo. Cal crear un espai de comunicació oberta i oferir recursos.

Aplicabilitat: el projecte és externalitzable a qualsevol municipi.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARINA ALVENTOSA ZAIDIN
NÚRIA MENGUAL MIRALLES
TERESA GROS GARCÍA
MARIA VICTÒRIA ZAMORA SÁNCHEZ
GUILLER PERA BLANCO
PERE TORAN MONSERRAT

Contacte:
malvenza83@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8365

Comunicació:
ORAL

Alteracions electrocardiogràfiques majors i menors: prevalença i morbimortalitat cardiovascular en població general

Objectiu: establir la prevalença de les alteracions a l'electrocardiograma (Alt-ECG) i els factors de risc cardiovasculars (FRCV) associats a la població general sana o asimptomàtica, i avaluar si la presència de les Alt-ECG augmenta la morbimortalitat cardiovascular comparada amb pacients amb un ECG normal (N-ECG).

Disseny: estudi multicèntric de cohorts poblacional.

Àmbit: atenció primària (AP).

Subjectes de l'estudi: en total, 3.786 pacients majors de 49 anys, procedents de 28 equips d'AP, reclutats entre el 2006 i el 2008 per a l'estudi ARTPER. La mostra es va extreure de forma aleatòria amb una participació del 63%. Durant la primera avaluació (2006-2008) es va fer un ECG a tots els pacients. Els pacients van ser reavaluats el 2011-2012, i es va obtenir una nova lectura d'ECG.

Variables

- **Principals:** presència d'Alt-ECG menors i majors. Seguiment: esdeveniments cardiovasculars i mort.
- **Secundàries:** edat, sexe i FRCV associats.
- **Limitacions:** l'edat dels pacients de l'estudi i la variabilitat interobservador per definir les Alt-ECG.

Aspectes legals: els pacients van firmar el consentiment informat. El projecte ARTPER (P06/28) va rebre l'aprovació del Comitè d'Ètic de la Fundació Jordi Gol i Gurina. S'ha garantit la participació voluntària i informada de cada subjecte. El projecte ha estat finançat per l'Acadèmia de les Ciències Mèdiques (Beca Gonçal Calvo i Queraltó 2022).

Resultats: s'han inclòs 2.126 pacients, 58% dones, amb una edat mitjana de 66 anys (desviació estàndard: 8). El 31,6 % (n = 671) presentaren Alt-ECG, un 60% són alteracions menors (n = 402) i un 40% (n = 269) majors. Les Alt-ECG més freqüents han estat les alteracions de conducció (18,1%). L'edat, el sexe masculí i la presència d'FRCV s'ha associat a l'aparició d'Alt-ECG de forma estadísticament significativa. La presència d'Alt-ECG no s'ha associat a un augment de la morbimortalitat cardiovascular.

Conclusió

Les Alt-ECG són més comunes en homes, d'edat avançada i amb la presència d'FRCV. Els pacients amb Alt-ECG no van presentar un augment de la morbimortalitat cardiovascular.

ANNA GODO PLA
GONZALO BRAVO SOTO
ANTONI SISÓ ALMIRALL
MELINA VEGA DE CÉNIGA
MARTA TRAPERO BERTRAN
ANA MAGDALENA VARGAS MARTÍNEZ

Contacte:
annagodo@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8367

Comunicació:
PÒSTER

Avaluació de la implantació d'un programa de cribatge d'aneurisma d'aorta abdominal

Objectiu: avaluar l'evidència sobre seguretat, eficàcia clínica i relació cost-efectivitat de la implantació d'un programa de cribatge d'aneurisma d'aorta abdominal (AAA) mitjançant ecografia abdominal, realitzar una avaluació econòmica del programa per valorar la seva inclusió en el Sistema Nacional de Salut.

Metodologia: cerca sistemàtica de la literatura, seguint recomanacions PRISMA i col·laboració Cochrane. Selecció d'assajos clínics aleatoritzats per a l'avaluació de la seguretat i eficàcia clínica, revisions sistemàtiques per identificar factors pronòstics d'AAA i avaluacions econòmiques per a l'anàlisi de la relació cost-efectivitat. Els estudis inclosos s'han obtingut aplicant criteris preestablerts i en dues etapes de selecció. Posteriorment s'ha realitzat l'extracció de dades i la valoració de l'evidència segons metodologia GRADE. L'avaluació econòmica del cribatge en el context espanyol s'ha realitzat a partir d'un model de Markov i una anàlisi d'impacte pressupostari.

Resultats: el cribatge d'AAA té un efecte positiu sobre la mortalitat global, la mortalitat per AAA i la detecció d'AAA en homes majors de 65 anys. No s'ha observat un efecte en la taxa de ruptura d'AAA ni en les cirurgies d'emergència, però podria augmentar les cirurgies electives. L'evidència és molt incerta en dones majors de 65 anys. A part del sexe, la presència d'antecedents familiars d'AAA és el factor pronòstic més rellevant. El cribatge d'AAA en homes majors de 65 anys es considera efectiu i suposaria una mitjana de 0,33 anys de vida guanyats i 0,18 anys de vida ajustats per qualitat guanyats. En aquest escenari, el cost d'establir el programa seria d'entre 15,68 i 28,4 € addicionals per pacient del cribatge, segons el percentatge d'assistència.

Conclusions: el procediment assistencial proposat es basa en la realització de la prova de cribatge en homes majors de 65 anys en els centres d'atenció primària i la posterior derivació dels pacients amb AAA als serveis d'angiologia i cirurgia vascular per al seguiment i tractament.

LAURA GARCIA ESTEVE
MARIBEL GRACIA VILAS
GEMMA CARRÉ GAYA

Contacte:
lauragarcia@comll.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8369

Comunicació:
PÒSTER

Dispnea que no millora

Àmbit del cas: atenció primària.

Història clínica

Antecedents personals: diabetis *mellitus* de tipus 2, obesitat, anèmia ferropènica. Enfocament familiar: dona casada i té 7 fills. Només treballa ella i la filla gran, que porten el sou a casa i fan feines de neteja.

Enfocament individual: dona de 43 anys consulta per dispnea a petits esforços. Inicialment es tracta com una bronquitis, amb formoterol/budesonida inhalats per auscultació suggestiva, saturació d'oxigen del 96% i 103 bpm. No millora i es pauta prednisona 30 mg/24 h. Es fa radiografia toràcica on s'observa: patró intersticial reticular amb adenopaties hilars. A l'anàlisi destaca: Fe 18 µg/dl, ferritina 14,8 ng/ml, hemoglobina 9,2 g/dl, volum corpuscular mitjà 61,1 fl, hemoglobina corpuscular mitjana 17,1 pg. Millora parcialment amb prednisona. Davant la troballa radiològica es fa una tomografia computada (TC) toràcica: adenopaties mediastíniques, hilars i retroperitoneals. Patró intersticial reticulonodular bilateral perihilar. Suggereix sarcoïdosi vs. limfoma. Derivem a diagnòstic ràpid-pneumologia.

Amplien l'estudi analític: ECA 223 U/l; broncoscòpia amb biòpsia amb aspiració d'agulla fina (PAAF) suggereix procés granulomatós; TC per emissió de positrons: activitat metabòlica ganglionar adenopàtica supra i infradiafragmàtica, hepatoesplènica i pulmonar intersticial difusa. El patró metabòlic s'ajustaria a ambdues entitats clíniques de sospita. Proves funcionals respiratòries: capacitat vital forçada (FVC): 68%; volum espiratori forçat el primer segon (FEV1): 59%; FEV1/FVC 69%; capacitat de difusió de monòxid de carboni (DLCO): 63 %.

Diagnòstic diferencial: bronquitis, dispnea per anèmia, sarcoïdosi, limfoma.

Judici clínic: sarcoïdosi sistèmica amb afectació pulmonar de grau II.

Tractament: prednisona 40 mg/dia.

Evolució: millora clínica.

Conclusions

A l'atenció primària, la patologia respiratòria és prevalent i sol ser "banal", però davant l'evolució tòrpida cal pensar en altres diagnòstics i fer proves complementàries pertinents, cosa que de vegades es complica per la gran demora. La sarcoïdosi és una malaltia sistèmica secundària a una resposta inflamatòria davant d'un antigen mediambiental en una persona genèticament predisposada. Cursa amb granulomes no caseificants i pot afectar qualsevol òrgan, més freqüentment el pulmó. Cal sospitar-la amb les troballes de la radiografia toràcica i confirmar-la amb la biòpsia dels granulomes i cultius negatius. Per aquests motius, és important tenir un bon accés a proves i bona comunicació hospital-atenció primària.

GEMMA CARRÉ GAYA
LAURA GARCIA ESTEVE
MARIA ISABEL GRACIA VILAS

Contacte:
gcarre.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8371

Comunicació:
ORAL

Sense llar i amb mal d'esquena

Àmbit del cas: atenció continuada (AC), atenció primària.

Motiu de consulta: lumbàlgia crònica.

Història clínica

Enfocament individual: home de 42 anys que acaba d'arribar a la ciutat. Diu que no té al·lèrgies ni antecedents medicoquirúrgics d'interès. Explica cervicàlgia, dorsàlgia i lumbàlgia freqüents des de fa 5 anys. Afebril, sense rigidesa ni artritis. Ha estat visitat diverses vegades a l'AC d'atenció primària. Li han fet radiografies i diu que no l'informen de la causa. Dorm al carrer i per dormir a l'hostal per a persones sense llar necessita un informe mèdic. Com no té metge o metgessa assignat, va freqüentment a l'AC pels símptomes i obtenir aquest informe. Quan se li assigna l'equip sanitari i consulta formalment pel mal d'esquena explica el que ja hem exposat.

Exploració física: postura antiàlgica lumbar, palpació dolorosa d'apòfisis espinoses cervicodorsolumbars. Resta de sistemes dins de la normalitat. Revisem radiografies prèvies i detectem quelcom interessant: subtils unions intervertebrals de densitat òssia en projeccions laterals cervicals i lumbar. S'amplia l'anàlisi inicial (normal). Podem emetre un informe mèdic més dirigit i a l'hostal li concedeixen més temps d'estància. A l'anàlisi destaca proteïna C reactiva de 35 mg/dl, velocitat de sedimentació globular de 45 mm/h i HLA-B27 positiu. Derivem a reumatologia amb diagnòstic de sospita d'espondilitis anquilosant.

Diagnòstic diferencial: espondiloartropaties inflamatòries o degeneratives, hiperostosi idiopàtica.

Judici clínic: espondilitis anquilosant.

Tractament: antiinflamatori i biològic.

Evolució: bona tolerància al tractament. Treballa i viu en un pis compartit.

Conclusions

La inèrcia del dia a dia porta a associacions com "dormir al carrer-lumbàlgia" i majoritàriament es tracta de visites a l'atenció continuada, on és complicat fer una valoració integral i el seguiment. Hi ha situacions socials que requereixen revisar i reiniciar la valoració sanitària, procés que afecta directament l'atenció primària i hem de tenir-ho present. Realitzar sessions com aquest cas al CAP fa reflexionar sobre la nostra feina i ens invita a millorar.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

GEMMA CARRÉ GAYA
LAURA GARCÍA ESTEVE
MARIA ISABEL GRÀCIA VILAS
ALEXANDRA VILLUENDAS TIRADO

Contacte:
gcarre.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8372

Comunicació:
PÒSTER

Impulsant la seguretat del pacient i el treball en equip

La següent comunicació fa referència a una experiència organitzativa i assistencial que hem aplicat al nostre centre de salut i en farem una breu exposició.

Els objectius són millorar l'eficiència en la revisió d'alertes *self-audit*, millorar la seguretat del pacient i intentar assolir les metes en cada tall trimestral. L'experiència consisteix a reservar a la metgessa referent de farmàcia del centre mitja agenda d'un dia al mes per revisar les alertes *self-audit* (duplicats, alertes de seguretat, contraindicacions i polimedicats) de tots els professionals mèdics. Una setmana abans sol·licita al farmacèutic de referència el llistat *self-audit* actualitzat. El dia programat es revisa els llistats prioritant alertes de seguretat i contraindicacions. S'entra a la història clínica del pacient i es deixa constància del motiu i la revisió realitzada. És una primera valoració de l'alerta i, si es pot, es resol al moment.

Si cal una revisió més integral, es programa visita no presencial al professional mèdic implicat. Després de revisar l'alerta, aquest professional mèdic de referència fa constar al curs clínic com s'ha resolt, per si l'alerta segueix apareixent en revisions posteriors, però ja està valorada correctament. Així s'evita duplicar tasques.

Les conclusions són que es genera un circuit de revisió constant d'alertes de seguretat en prescripció farmacològica que es manté actualitzat mensualment i es detecten amb certa celeritat alertes potencialment greus. També facilita la comunicació entre atenció primària i hospitalària, ja que certes alertes comporten el contacte amb especialistes hospitalaris. L'aplicabilitat en el nostre medi és possible si es pot generar aquest circuit amb unes premisses pactades amb l'equip assistencial i la direcció del centre de salut. A part pot ser reproducible si es protocol·litza. Considerem que aporta beneficis als pacients (evitar incidents de seguretat), als professionals (optimització del temps de consulta) i valor afegit al centre de salut.

MARINA ALVENTOSA ZAIDIN
ISABEL BUEZO REINA
MARTA CUNÍ MUNNÉ

Contacte:
malvenza83@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8373

Comunicació:
PÒSTER

Artritis indiferenciada

Motiu consulta: dolor articular.

Història clínica

Antecedents personals: sense interès. Anamnesi: dona de 39 anys amb dolor i tumefacció a carps, mans i turmell, i rigidesa matutina d'hores d'evolució des de fa 2 mesos. Sense aftes ni antecedents familiars de psoriasi ni malaltia inflamatòria intestinal. Sense uveïtis ni raquiàlgies inflamatòries.

Exploració física: cardiovascular, respiratòria i abdominal sense alteracions. Sense febre ni lesions dèrmiques. Tumefacció i dolor a la palpació de les articulacions interfalàngiques proximals (IFP) 2a i 3a bilaterals, articulacions metacarpofalàngiques bilaterals i turmell dret, que limita la deambulació. S'orienta com a poliartritis i s'inicia cortisona sistèmica. Se sol·licita anàlítica general i radiologia, i es deriva a reumatologia.

Proves complementàries: funció renal normal, PCR 153, hemograma normal, velocitat de sedimentació global de 74 mm/h. Negatiu per a FR, CCP, ANA, serologia de VHB, VHB, erythrovirus B19, i IgG+ IgM CMV-. Radiografia de mans i turmells: sense erosions ni altres alteracions. Es visita a reumatologia i atès que no compleix criteris diagnòstics d'artritis reumatoide s'orienta com a poliartritis indiferenciada i inicia fàrmacs modificadors de la malaltia (FAME).

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: les poliartritis indiferenciades són un conjunt d'artritis que no poden etiquetar-se en una malaltia articular definida perquè no compleixen els criteris diagnòstics d'artritis definides.

Etiologia: autoimmune.

Diagnòstic diferencial: artritis infeccioses, processos oncològics, ortopèdics i altres processos reumàtics sistèmics.

Evolució: un terç de les poliartritis indiferenciades desenvolupen una artritis crònica definida.

Tractament: iniciar corticoesteroides sistèmics sense esperar resultats de les proves complementàries per reduir temps de progressió i derivar a reumatologia per tal d'iniciar FAME.

Conclusió

La prevalença de les poliartritis indiferenciades està augmentant perquè realitzem un diagnòstic més precoç. El paper de l'atenció primària és primordial per no demorar l'abordatge terapèutic. Són necessàries estratègies per tal de millorar la comunicació entre atenció primària i reumatologia per fer acompanyament comú dels nostres pacients.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CRISTINA CABECERANS BERTRAN
PALOMA SALAMANCA

Contacte:
cabebertran@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8377

Comunicació:
PÒSTER

La importància d'un bon diagnòstic diferencial

Cas en seguiment compartit per part d'atenció primària, medicina interna i hematologia. Pacient que analíticament presenta de manera constant plaquetopènia i leucopènia lleu des de 2021. Com a antecedents és exfumador, diabètic en tractament amb antidiabètics orals i dislipèmia en tractament amb estatines des de 2021.

Antecedent de trombosi venosa profunda (TVP) femoropoplità el gener de 2021, sense un predisposant clar i sense història familiar. Es va resoldre amb Sintrom®, 6 mesos. Es revisen les possibles causes i s'amplia l'estudi. Coincideix que inicia estatines l'any 2021 i podria ser una causa. Tenint en compte l'antecedent de TVP sense causa predisposant clara, però, es demanen anticossos per descartar o confirmar síndrome antifosfolípida (SAF).

Anàlíticament surt positiu en dues determinacions l'anticoagulant lúpic. Així es confirma el diagnòstic de SAF, que a part, podria justificar les citopènies lleus. Paral·lelament, també es fa un estudi de les citopènies per part d'hematologia: l'immunofenotipatge limfocitari mostra un fenotip compatible amb tricoleucèmia. Es fa tractament específic amb pentostatina amb resolució de la plaquetopènia i la limfopènia. Actualment, el pacient es mostra asimptomàtic, en tractament amb àcid acetilsalicílic per a la seva SAF i amb resolució de les alteracions analítiques secundàries a tricoleucèmia, amb seguiment per hematologia.

Aquest cas em va semblar important per fer-hi atenció, ja que recalca la importància de l'abordatge integral, de no oblidar el passat i els problemes que hagi pogut tenir el pacient, ja que poden ser pistes de problemes presents. D'altra banda també palesa la importància d'un bon diagnòstic diferencial i de no saltar a conclusions precipitades, sinó que cal descartar correctament les altres causes abans de poder donar-ne una com a bona.

ALBERT DEL POZO NIUBÓ
MARIA TERESA LARA PEDROSA
ANNA BIARNAU ABADIA
MARIA TORRES SENTÍS
RICARD ROMAGOSA SAUNÉ
MARKUS LANGHEINRICH

Contacte:
adelpozo.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8378

Comunicació:
PÒSTER

Característiques de les incapacitats laborals temporals en un equip d'atenció primària rural

Objectiu: descriure les característiques de les incapacitats laborals temporals (ILT) de l'EAP.

Pacients: tota la població activa en ILT de l'EAP.

Mètode: obtenció del llistat d'usuaris en situació d'ILT a l'EAP. Revisió directa dels dies d'ILT, i de les causes de l'ILT. Determinació del seguiment o no per part d'un especialista hospitalari. No s'ha recollit cap dada de filiació (edat, sexe, codi d'identificació personal, nivell socioeconòmic, feina...) dels usuaris per preservar el seu anonimats. No s'ha valorat si l'ILT estava correctament indicada ni el tractament. Només s'ha registrat la causa de l'ILT, la seva durada i si està pendent o no de visita amb especialista hospitalari. No es determina si el retràs en la valoració està o no està justificat.

Resultats: a 15 de maig de 2023 hi ha un total de 150 usuaris en situació d'ILT, dels quals 15 depenen de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) per la durada de l'ILT (>365 dies). Del total, 29 usuaris (19,33%) fa menys de 22 dies que estan en situació d'ILT i 105 (70%), entre 22 i 365 dies que estan en situació d'ILT. D'aquests 105, 90 (85,71%) estan pendents de proves diagnòstiques o de visita (inicial o de seguiment) per part d'especialista hospitalari. El 36% de les ILT corresponen a traumatologia (85,36% pendent de seguiment o proves diagnòstiques) i el 24,7% a psiquiatria (89,65% pendents de seguiment). Conclusió: al territori analitzat el 86% de les ILT de llarga durada (excloses les que depenen de l'ICAM) estan pendents de proves diagnòstiques o de valoració (primera o de seguiment) per part de l'especialista hospitalari. És difícil que el responsable del seguiment de l'ILT (especialista en medicina familiar) doni l'alta mèdica del procés sense diagnòstic o valoració de l'especialista hospitalari. No es valora si el temps d'espera és o no és adequat.

ALBERT DEL POZO NIUBÓ
ALEXANDRE JORDANA MACARULLA
YOLANDA GONZÁLEZ ONCINS
SARA HERNÁNDEZ LUQUE
MONICA LLUIS BURGUEÑO
MARIA TERESA OLIVERES TURMO

Contacte:
adelpozo.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8379

Comunicació:
PÒSTER

Sobrediagnòstic de la malaltia pulmonar obstructiva crònica a atenció primària

Objectiu: determinar el grau de sobrediagnòstic de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) al territori.

Pacients i mètodes

Criteri d'inclusió: pacients amb diagnòstic d'MPOC (alta) registrat a l'estació clínica d'atenció primària (eCAP).

Exclusió: pacients en situació d'èxitus o desplaçats, amb diagnòstic d'MPOC donat de baixa. És un estudi retrospectiu qualitatiu en què s'accedeix a les espirometries dels pacients amb MPOC per determinar la qualitat del diagnòstic (correcte o incorrecte) segons els criteris espiromètrics (índex de Tiffeneau [IT] postbroncodilatació <70% del teòric). La informació es recull via eCAP mitjançant observació i avaluació de les espirometries registrades. Se selecciona tota la població de l'EAP rural amb el diagnòstic i, posteriorment, se selecciona aleatòriament de la resta d'EAP del territori. Realitzat el maig de 2022.

Aspectes ètics: el sobrediagnòstic de l'MPOC implica la prescripció incorrecta de tractaments, proves i la no realització dels diagnòstics correctes. Implica l'assignació incorrecta de recursos econòmics. La prevalença en diferents estudis oscil·la entre el 30 i el 60%.

Resultats: s'analitzen 426 pacients d'un total de 1.146 (37,17%) amb diagnòstic actiu d'MPOC. D'aquests, 134 pacients (31,45%) presenten espirometria accessible amb criteris espiromètrics d'MPOC, 172 (40,37%) no disposen d'espirometria accessible i 120 pacients (28,17%) tenen espirometries de patró no obstructiu (IT >70% postbroncodilatació). A l'EAP estudiat hi ha 101 pacients (d'un total de 164) sense criteris espiromètrics d'MPOC (70% per manca d'espirometria). El 72% tenen prescrit tractament broncodilatador. El 16% dels pacients van ser diagnosticats entre l'1 de gener de 2020 i el 5 de maig de 2022.

Conclusió

A l'EAP estudiat, el 61,58% dels diagnòstics d'MPOC no reuneixen criteris espiromètrics d'MPOC. El 72% d'aquests pacients tenen tractament prescrit broncodilatador sense un diagnòstic correcte. En la resta del territori es van analitzar 262 pacients (25,66% dels 1.021 diagnòstics d'MPOC). El 40,84 % disposaven d'espirometries no obstructives i el 31,3% (82 pacients) no disposaven d'espirometries (70% pre pandèmia COVID-19).

MARIONA MARQUÉS PÀMIES
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:
marques.mariona@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8380

Comunicació:
PÒSTER

Experiència comunitària en pacients amb covid-19 persistent

Objectius: a) Visibilitzar la malaltia. b) Crear un espai de confiança on les pacients puguin compartir dubtes, pors, inquietuds... c) Donar eines multidisciplinàries per ajudar a acceptar i a conviure amb la malaltia. d) Respondre a les necessitats de les pacients.

Descripció

Etape de reclutament: explicar a les pacients en què consisteixen les sessions i preguntar sobre les seves necessitats i perspectives per tal d'ajustar el curs als seus requeriments.

Etape d'actuació: primera sessió de presentació i aportació de coneixements mèdics en relació amb la fisiopatologia de la malaltia. En aquesta sessió acudirà una metgessa afectada de covid-19 persistent que explicarà la seva experiència per "afiançar" les assistents.

Segona sessió amb referents en benestar emocional i comunitari (RBEC) per abordar la malaltia des d'un punt de vista més psicoemocional.

Tercera sessió amb fisioteràpia per afrontar els dolors musculars mantenint l'activitat física de forma conscient i controlada.

Quarta sessió compartida entre un nutricionista, per abordar inquietuds alimentàries i reforçar les dietes antiinflamatòries, i infermeria, per estimular la neurocognició amb exercicis i eines que puguin practicar en el seu dia a dia.

Cinquena sessió amb RBEC per avaluar i comparar l'estat emocional de les assistents respecte la sessió prèvia.

Sisena sessió de cloenda amb l'equip multidisciplinari per valorar l'experiència, veure si s'han complert les expectatives i valorar la continuació en una segona etapa, segons les necessitats de les pacients.

Conclusions

La covid-19 persistent és una malaltia menystinguda per la societat i per part del sector sanitari. Per això, creiem que és important donar veu a aquestes persones, empoderant-les a través de l'abordatge holístic de la pacient i per a la pacient.

Aplicabilitat: les sessions estan dirigides a persones amb covid-19 persistent que sentin la necessitat de comprendre's a si mateixes i comprendre la malaltia. Es pot aplicar a qualsevol CAP amb pacients que tinguin aquesta necessitat (urbà, semiurbà o rural).

PATRICIA SANTOS DURÁN
MIREIA CUADRENCH SOLORZANO
AURORA NAVARRO GÓMEZ

Contacte:
psantos.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8383

Comunicació:
PÒSTER

Buscar una agulla en un paller

Àmbit del cas: atenció primària (AP) i unitat de diagnòstic ràpid (UDR).

Història clínica

Home de 71 anys sense antecedents d'interès i sense tractament farmacològic. Refereix lumbàlgia d'1 mes d'evolució que irradia l'extremitat inferior esquerra amb disestèsies al taló. Clínica de predomini nocturn. Sense febre ni síndrome tòxica. En l'exploració física destaca una marxa antiàlgica i dolor a la palpació de la zona lumbosacra esquerra; la resta de l'exploració traumatològica no mostra alteracions. Pel temps d'evolució i els signes d'alarma, sol·licitem proves d'imatge. En la radiografia no s'observen lesions òssies agudes; la ressonància magnètica (RM) es troba pendent. Iniciem tractament antiinflamatori, pendents del control evolutiu. Es revisen els signes d'alarma (dolor nocturn, major de 70 anys, síndrome tòxica, febre, resistència analgèsica, compromís neurològic, immunosupressió, addicció a drogues per via parenteral) i es veu que el pacient en presenta tres i ens plantegem el diagnòstic diferencial de les lumbàlgies secundàries:

- Processos inflamatoris: espondiloartritis anquilopoètica, artritis reumatoide.
- Processos tumorals: primaris o metastasis.
- Processos infecciosos: osteomielitis vertebral, discitis, sacroileïtis.
- Patologia metabòlica: osteoporosi, osteomalàcia.

Revalorem el pacient. Nega millora del dolor amb el tractament farmacològic. Revisem l'RM: infiltració òssia a cossos vertebrals S1-S3 i aleró sacre esquerra, probable procés neoplàstic. Donat que és un pacient amb criteris d'alarma i prova d'imatge sospitosa de malignitat, decidim derivació a UDR.

Conclusions

El dolor lumbar és una patologia molt prevalent a l'atenció primària, afecta anualment al 15-20% de la població. L'evolució és espontània a la curació en un 90-95% dels casos. D'un total de 1.500 pacients, aproximadament 300 presentaran lumbàlgia al llarg d'un any i, d'aquests, en entre 270 i 285 es tractarà d'una mecànica sense signes d'alarma (artrosi, sobrecàrrega funcional). És fonamental conèixer els signes d'alarma i saber detectar des d'atenció primària aquests 15-30 pacients que sí que presentaran algun o tots els signes d'alarma i que seran candidats a un estudi etiològic i a tractament específic.

MARTA HERRANZ FERNÁNDEZ
JOSÉ MANUEL CARMONA SEGADO
MARTA VARA ORTIZ

Contacte:
mherranzmn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8385

Comunicació:
PÒSTER

Bronquitis jo? Si no fumo

Dona de 39 anys que acudeix al CAP referint ofec i palpitations ocasionals de 3 anys d'evolució. Viu sola. Nega hàbits tòxics i no té al·lèrgies medicamentoses ni malalties prèvies d'interès. Diu que té dos germans amb "bronquitis crònica" i un d'ells porta oxigen. L'exploració física és anodina. Havia anat en diverses ocasions d'urgències a l'hospital de referència. En una ocasió l'havien tractada amb ansiolítics (tot i insistir en què no estava ansiosa) i en una altra li havien receptat salbutamol i antibiòtics per l'augment del seu ofec i per febre. Se li practicà un electrocardiograma que fou normal i una radiografia toràcica que mostrà atrapament aeri. Seguidament se li va practicar una espirometria que va mostrar un patró obstructiu no reversible i una anàlisi amb proteïnograma inclòs, en la qual destacava la disminució de les alfa-globulines. Davant d'aquestes troballes es va fer una determinació d'alfa-1-antitripsina (AAT) que va ser baixa (17 mg/dl) amb fenotip SZ. Amb tot això va ser diagnosticada de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) de característiques genètiques (dèficit d'AAT). Va ser tractada amb antagonistes muscarínics d'acció prolongada i derivada al servei de pneumologia per valorar el tractament substitutiu de l'esmentat dèficit. La importància del cas rau en el fet que no cal atribuir l'MPOC exclusivament al fum del tabac, ja que un terç de les persones amb MPOC a tot el món no han fumet mai. Cal recordar l'existència d'altres factors: factors ambientals, genètics... Les guies mèdiques recomanen la determinació d'AAT almenys una vegada a la vida als pacients d'MPOC per evitar l'infradiagnòstic i aconseguir el diagnòstic precoç d'aquesta malaltia. El tractament simptomàtic és el mateix que en qualsevol MPOC, però el tractament específic amb AAT en els casos seleccionats pot disminuir la progressió ràpida d'aquesta malaltia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BLANCA M^a RAITERI BOIRA
DANIEL RODRÍGUEZ

Contacte:
blancamaria.raiteri@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8386

Comunicació:
PÒSTER

Síntoma guía en la anamnesis. A partir de un caso clínico

Servicio de urgencias

Dolor torácico, mujer de 74 años, vive con su marido, sin hábitos tóxicos, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, alergia a los antiinflamatorios no esteroideos. **Antecedentes personales:** psoriasis, migraña, hipotiroidismo, insuficiencia venosa crónica. **Tratamiento:** Eutirox[®] 125 mcg c/24 h, paracetamol. Desde hace 2 semanas presenta astenia, MEG, hiporexia, tos con expectoración blanquecina y dolor pleurítico derecho. Inició 48 horas antes fiebre hasta 38 °C y diarrea sin productos patológicos. Acude al CAP, donde se le pauta acetilcisteína. Por persistencia de los síntomas consulta a urgencias de nuestro centro. A su llegada tiene una tensión arterial de 126/78 mmHg y una saturación de oxígeno del 96%, y está afebril. **Exploración física:** TC rítmicos sin soplos ni rones, murmullo vesicular conservado con roncus bibasales e hipofonosis en la base izquierda, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación del hipocondrio derecho. Murphy negativo. Sin masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: proteína C reactiva: 41 mg/l, recuento de leucocitos: 12.870 con predominio de neutrófilos. Sin otras alteraciones. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus: indetectable. Radiografía mal inspirada. ICT menor de 0,5 sin agregados. **Diagnóstico diferencial:** neumonía adquirida en la comunidad vs proceso abdominal. Existe discordancia entre la clínica, los resultados analíticos y la prueba de imagen, por lo que se le repite la radiografía de tórax y se solicita radiografía de abdomen. En ellas se objetiva neumoperitoneo con signo de semiluna, aire en la cavidad peritoneal y otros signos propios. Se contacta con el equipo de cirugía para valoración de un probable tratamiento quirúrgico. **Diagnóstico:** neumoperitoneo asociado a perforación de víscera hueca debida a tumoración no conocida.

Conclusiones

El diagnóstico de neumoperitoneo se basa en la clínica y la exploración física. La ausencia de aire extraluminal no descarta neumoperitoneo. Puede estar relacionado con pequeñas perforaciones no evidenciables por imagen. Ante un neumoperitoneo asintomático es importante investigar la causa y determinar la necesidad o no de cirugía. En caso de discrepancia entre los hallazgos de imagen y la clínica del paciente se debe repetir la prueba.

PATRICIA SANTOS DURAN
MIREIA CUADRENCH SOLORZANO
JESSICA SHAROL ÁLVAREZ CARCASI

Contacte:
psantos.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8387

Comunicació:
PÒSTER

Veo doble

Ámbito del caso: atención primaria y servicio de urgencias hospitalarias.

Antecedentes personales: mujer de 45 años sin antecedentes patológicos y sin tratamiento farmacológico. Niega hábitos tóxicos.

Motivo de consulta: diplopía de 24 horas de evolución y cefalea.

Exploración física: consciente y orientada. Funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Desviación nasal del ojo derecho con parálisis de la abducción, diplopía binocular. Pares craneales conservados. Campimetría por confrontación sin alteraciones. Sin déficit motor ni sensitivo. Sin dismetrías ni disartria. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Sin meningismo.

Diagnóstico diferencial: a) Parálisis idiopática del sexto par craneal. b) Hipertensión intracraneal. c) Tumor primario o metástasis cerebral. d) Esclerosis múltiple.

Pruebas complementarias (analítica, tomografía computarizada y resonancia magnética craneales, punción lumbar) normales.

Tratamiento y planes de actuación: descartados los signos de alarma y con pruebas complementarias dentro de la normalidad, se propone una conducta expectante y valorar prismas en caso de que se prolongue la sintomatología.

Evolución: tras la valoración inicial en el centro de atención primaria se sospecha de parálisis del sexto par craneal (sin poder descartar patología subyacente más grave) y se deriva al hospital para completar de forma urgente el estudio de neuroimagen, que es normal. La paciente vuelve a la consulta de atención primaria por persistencia de la sintomatología, se repite anamnesis y exploración física, sin cambios. Tranquilizamos a la paciente y decidimos conducta expectante. La paciente vuelve al cabo de un mes con resolución completa de la diplopía.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: la diplopía puede tener causa oftalmológica o causa neurológica, y reflejar desde una patología banal hasta una potencialmente mortal. Por este motivo destacaría la gran importancia en un primer nivel asistencial de realizar una correcta anamnesis, una completa exploración física y un amplio diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta los signos de alarma que puedan implicar patología grave.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARIBEL GRACIA VILAS
LAURA GARCIA ESTEVE
GEMMA CARRÉ GAYA

Contacte:
mgracia.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8388

Comunicació:
ORAL

Lesions hiperpigmentades al coll

Àmbit del cas: teledermatologia a l'atenció primària, a propòsit d'un cas.

Motius de consulta: lesions a la pell.

Història clínica

Dona de 43 anys amb antecedents de VIH amb càrrega viral indetectable, acut a la consulta d'atenció primària perquè presenta hiperpigmentació al coll i l'escot no pruriginosa d'1 any d'evolució. En l'exploració física de la pell s'objectiven màcules i pàpules hiperpigmentades que conflueixen i donen lloc a un patró reticulat a la perifèria. Lesions de localització a l'escot, els plecs mamaris i axil-lars, els braços i les cames, de menys intensitat. L'anàlisi sanguínia descarta una causa metabòlica i el cultiu és positiu per a *Alternaria alternata*. Iniciem un antifúngic tòpic i fem interconsulta mitjançant teledermatologia, previ consentiment informat. En la resposta, el dermatòleg orienta el cas com a papil-lomatosi confluent reticulada i recomana biòpsia de les lesions. Al CAP es realitza *punch* que s'informa com a hiperqueratosi, papil-lomatosi i atròfia de la capa granulosa, i en la capa espinosa podem veure des d'acantosi a atròfia.

Diagnòstic diferencial: hiperpigmentació medicamentosa, acantosi *nigricans*, papil-lomatosi confluent reticulada.

Judici clínic: l'anatomia patològica confirma el diagnòstic de sospita inicial. La papil-lomatosi confluent reticulada és una malaltia crònica poc freqüent, amb lleuger predomini en dones i fototips foscos. S'inicia amb pàpules eritematoses d'1-5 mm, que posteriorment adquireixen un color marronós i conflueixen fins a formar plaques de color marró, on destaca un patró reticular a la perifèria. Les localitzacions típiques són la regió intermamària, la interescapular, el coll, l'abdomen i les axil-les.

Tractament i plans d'actuació: es descarta la infecció per *Alternaria alternata* i es considera un cultiu contaminat. Se suspèn l'antifúngic tòpic i iniciem tractament amb minociclina 200 mg/dia durant 2 mesos. Amb una evolució favorable.

Conclusions

La consulta virtual i les eines digitals contribueixen a una millor col·laboració entre nivells assistencials i ajuden els metges i metgesses de família a ser més resolutius en casos menys prevalents.

CLARA PUÉRTOLAS PÉREZ
BARTOMEU CASABELLA ABRIL
IRENE DE GRACIA ALCAIDE
CRISTINA VIGO PARDINA

Contacte:
clareta4@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8392

Comunicació:
PÒSTER

Abordatge del dolor persistent. Inici de grups psicoeducatius per a pacients

Cada cop hi ha més evidència que l'educació en neurociència del dolor ha de ser vertebradora en el tractament del dolor persistent, però per si sola no és suficient per obtenir bons resultats. Cal associar-hi moviment intel·ligent i alguna tècnica psicològica.

Objectius: posada en marxa de grups psicoeducatius multidisciplinaris per a pacients amb fibromiàlgia i dolor persistent amb sensibilització central, des de l'educació en neurociència del dolor i l'afrontament actiu. Al llarg de 2 anys es realitzen tres edicions del grup psicoeducatiu per a pacients, estructurades en 10 sessions de 2 h cadascuna. Els docents han estat metges de família (resident i tutor), la referent de benestar emocional comunitari (RBEC) i una fisioterapeuta. S'han dut a terme estratègies per a l'afrontament actiu del dolor combinant educació en neurociència, "gamificació" de l'activitat física i tècniques de gestió emocional. L'aparició de nous perfils a l'atenció primària (RBEC i fisioterapeuta d'atenció primària i comunitària) representa una oportunitat per implementar grups de treball multidisciplinaris que permetin oferir noves eines terapèutiques efectives en l'abordatge del "dolor persistent sense tant dany", vertebrades en l'educació en neurociència del dolor.

PATRICIA MONTENEGRO LAFONT
CATALINA FONS GAYA
ARABELLA REITH

Contacte:
pmontenegro@capsarria.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8394

Comunicació:
PÒSTER

De l'hepatitis B a l'hepatocarcinoma en un pacient jove

Àmbit del cas: atenció primària, serveis d'urgències.

Motius de consulta: distensió abdominal.

Història clínica

Enfocament individual: antecedents personals de diabetis *mellitus* de tipus 2 amb control òptim. Hipertrigliceridèmia amb control òptim. **Anamnesi:** home de 38 anys natural de la Xina. Refereix distensió abdominal de 7 dies d'evolució, associada a restrenyiment i dolor inespecífic. Nega nàusees, vòmits, diarrea, febre, síndrome miccional o altres signes d'alarma. **Exploració:** bon estat general, color normal, normohidratat, afebril, normotens. Abdomen distès, mat a la percussió, peristaltisme disminuït, signe de l'onada positiu.

Proves complementàries

Analítica: AST 150 U/l, ALT 63 U/l, GGT 404 U/l, FA 286 U/l, bilirubina 1 mg/dl, plaquetes 97.000/mcl, hemograma i coagulació normals. **Paracentesi evacuadora:** 5 l sense criteris de peritonitis bacteriana espontània. **Ecografia abdominal:** signes d'hepatopatia crònica avançada, difusament heterogènia/nodular, amb dubtosa lesió focal hiperecogènica de 9 mm al segment VII. Trombosi portal expansiva completa. **Serologies:** HbsAg+, HbsAc IgG, HbcAc IgM+, HbcAc IgG+, HbeAc IgG negativa. Càrrega viral negativa. Resta negativa. **Marcadors tumorals:** alfafetoproteïna 300 ng/ml, CA19.9 267 U/ml. **Tòxics:** negatiu.

Enfocament familiar i comunitari: pacient natural de la Xina, 1 any a la nostra ciutat, barrera idiomàtica important; no se sap l'estat vacunal, s'entén que hi ha hagut transmissió vertical del virus de l'hepatitis B (VHB), no queda clar si ha realitzat tractament antiviral.

Judici clínic: hepatocarcinoma avançat en un context de VHB.

Diagnòstic diferencial: hepatopatia alcohòlica, hepatopatia crònica, altres virus, pancreatitis.

Identificació de problemes: estat serològic basal desconegut, barrera idiomàtica, baixa percepció de gravetat per part del pacient de les seves patologies de base, per la qual cosa en feia poc seguiment.

Tractament i plans d'actuació: maneig pal·liatiu. El pacient i la família decideixen tornar a la Xina.

Evolució: es desconeix, però el pronòstic era dolent.

Conclusions

No hem d'oblidar patologies greus, poc freqüents al nostre medi en pacients que provenen d'altres contextos.

MARC ALAMA RAMOS
MONTSERRAT CIURANA TEBÉ

Contacte:
malama.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8395

Comunicació:
PÒSTER

Anafilàxia i síndrome coronària aguda: el difícil equilibri entre dues patologies potencialment mortals

Àmbit del cas: atenció primària, atenció domiciliària.

Motius de consulta i història clínica: pacient de 42 anys, sense antecedents mèdics ni al·lèrgics. Reben un avís domiciliari urgent per reacció cutània, mal estar generalitzat, desconfort toràcic i pèrdua de to amb relaxació d'esfínters. Exploració física: TA 120/70 mmHg, 90 bpm, saturació d'oxigen del 95%, glucèmia correcta.

Neurològicament: conscient i orientat en les tres esferes; bradipsíquica, la resta normal. Cardiorespiratori normal. Es realitza electrocardiograma (ECG): ritme sinusal sense alteracions repolarització. Es decideix derivar-lo a urgències hospitalàries amb sospita d'anafilaxi i síndrome comicial associada. Es realitzen proves complementàries: analítica amb elevació de troponines fins a 268 amb estabilització de corba, triptasa elevada. Radiografia de tòrax normal. ECG amb alteracions. El pacient repeteix el mateix episodi durant la seva estada a urgències i es decideix ingressar per a estudi. Ja a planta s'orienta el quadre com una síndrome de Kounis (síndrome coronària aguda en context d'anafilaxi). Va tenir una correcta evolució i va ser donat d'alta 10 dies després. La síndrome de Kounis es coneix també com a angina al·lèrgica, produïda per la desgranulació de mastòcits a nivell cardiovascular. En la fase aguda, el tractament està enfocat al maneig dels símptomes coronaris i al·lèrgics. En atenció primària pot suposar un repte, ja que la medicació per a l'anafilaxi (adrenalina) pot empitjorar la isquèmia miocàrdica i la medicació per a la síndrome coronària (vasodilatadors) pot empitjorar la hipotensió de l'anafilaxi.

Conclusions: per tant, al domicili i a la consulta d'atenció primària és molt important monitoritzar aquests pacients, prioritzar l'obtenció d'accessos venosos perifèrics i valorar en tot moment el benefici-risc de l'aplicació de fàrmacs per millorar els símptomes i el pronòstic de la síndrome coronària aguda, però tenint molt en compte el risc d'afectació hemodinàmica del pacient per la reacció anafilàctica concomitant.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JUDIT MUÑOZ FREIXER
LLUM OLMEDO BORJAS
CRISTINA GARRIDO AGUAYO

Contacte:
jmunozf.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8396

Comunicació:
PÒSTER

Adenopatia cervical única: repte diagnòstic

Pacient de 40 anys, sense antecedents patològics d'interès, que consulta al CAP per l'aparició d'una adenopatia laterocervical fa 3 setmanes, en context de quadre respiratori de vies altes ja resolt. Nega febre, sense síndrome tòxica. Només explica lleu mastàlgia bilateral. En l'exploració física destaca una adenopatia laterocervical esquerra de 3 x 2 cm al segment Va, de consistència elàstica, no adherida a plans profunds i no dolorosa. No es palpen adenopaties en altres localitzacions. La resta de l'exploració és anodina. S'orienta com una adenopatia única en pacient sense clínica infecciosa ni tòxica, i sense factors de risc. Dins del diagnòstic diferencial caldria pensar en processos infecciosos (bacteris/micobacteris, virus...), processos reactius, processos neoplàsics (leucèmia, limfoma), processos autoimmunes, etc. Inicialment, es decideix iniciar tractament amb antiinflamatoris no esteroidals (AINE) durant 10 dies. Com no millora, el pacient torna i comprovem que l'adenopatia es manté igual. Aleshores, es realitza una radiografia de tòrax i una anàlítica sanguínia inicial, essent ambdues proves normals. Finalment, donada la persistència clínica i descartats els processos inflamatorioinfecciosos més prevalents, es decideix derivar el pacient a l'hospital via unitat de diagnòstic ràpid (UDR). Allà es duu a terme una punció per aspiració amb agulla fina (PAAF) ecoguiada, que és positiva per a cèl·lules malignes. Aleshores es fa l'excisió del gangli cervical i s'amplia l'anàlítica inicial amb marcadors tumorals, objectivant una gonadotrofina coriònica humana (β -hCG) de 25.400 mUI/ml i una alfafetoproteïna (AFP) de 10 ng/ml. Finalment, el pacient és diagnosticat d'un tumor germinal no seminoma de presentació mediastínica sense afectació testicular. Actualment, el pacient ha completat la quimioteràpia amb bona resposta i segueix controls a oncologia.

Conclusions: davant l'aparició d'una adenopatia, a part de l'anamnesi i exploració física, és important conèixer els criteris d'alarma, ja que marcaran la conducta a seguir. En aquest cas, davant la persistència clínica i al no trobar una causa, es va creure oportú derivar el pacient via UDR. Cal remarcar la mastàlgia com a signe clínic d'elevació de la β -hCG.

JUDIT MUÑOZ FREIXER
LLUM OLMEDO BORJAS
PAU ROCA MONTERO

Contacte:
jmunozf.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8397

Comunicació:
PÒSTER

Una dispnea de causa insospitada

Pacient dona de 68 anys, sense antecedents mèdics coneguts ni hàbits tòxics, que consulta al CAP per dispnea i astènia de 2 mesos. Com a antecedent patològic destaca una dislipèmia en tractament farmacològic. La pacient refereix que després d'haver passat la COVID-19 a domicili inicià un quadre d'astènia i dispnea a petits esforços, sense altra clínica referida. Les constants són estables i l'exploració física inicial resulta anodina. S'orienta com una dispnea de nova aparició i, per tant, cal començar un estudi. Com a diagnòstics diferencials sospitem d'insuficiència cardíaca de debut, tromboembolisme pulmonar, complicació post-COVID-19, anèmia, hipotiroidisme, etc. Es realitza una radiografia de tòrax que no mostra alteracions i una anàlítica sanguínia on destaca hemoglobina 10,2 g/dl, leucòcits 9.100 u/mcl (N 5.700 u/mcl, L 2.300 u/mcl), plaquetes 557.000 u/mcl, dímer D 1.203 ng/ml, Fe 22 mcg/dl, ferritina 247 ng/ml, lactat-deshidrogenasa 1.082 U/l i proteïna C reactiva 40 mg/l. La pacient acut a recollir resultats 10 dies després. Explica un empitjorament de la dispnea i un augment del perímetre abdominal. A l'exploració física destaca pal·lidesa mucocutània i un abdomen globulós amb matitad en flancs, suggestiu d'ascites. Davant l'empitjorament clínic i les alteracions exploratòries i analítiques, es decideix derivar la pacient al servei d'urgències. Allà es fa una tomografia computada toracoabdominal que mostra una carcinomatosi peritoneal de probable origen ovàric i es decideix l'ingrés al servei d'oncologia. Actualment, la pacient segueix en tractament quimioteràpic i ha estat intervinguda quirúrgicament.

Conclusions: la dispnea és un motiu de consulta freqüent a l'atenció primària i les seves causes són diverses. Una bona anamnesi i exploració física ens permeten tenir una sospita diagnòstica. Malgrat això, no sempre som capaços de sospitar de forma inicial el diagnòstic final, i això tampoc implica que, a partir d'aquest cas, totes les dispnees hagin d'amagar una patologia greu. És per això que la capacitat de conviure amb la incertesa hauria de ser una característica dels facultatius d'atenció primària.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

AROA ILLA CASARRAMONA
CARINA MASCORT NOGUÉ
IRENE JIMÉNEZ PUJOLAS

Contacte:
ailla.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8398

Comunicació:
PÒSTER

M'arrencaria la pell

Dona de 39 anys que consulta per lesions cutànies pruriginoses. Sense hàbits tòxics ni antecedents mèdics rellevants. Fa 20 dies inicià dieta cetogènica. Valorada per l'aparició de lesions cutànies pruriginoses que interfereixen el descans nocturn, d'una setmana d'evolució, i localitzades a la zona occipital amb progressió al tronc i l'abdomen, en forma de pàpules eritematoses agrupades i alguna vesícula. Les analítiques sanguínia i d'orina són normals. El diagnòstic diferencial de les lesions cutànies eritematoses pruriginoses agudes inclou: urticària, èczema, infecció herpètica, impetigen, prurigen pigmentós, dermatitis de contacte, eritema multiforme i dermatitis per fàrmacs. S'orienta com a infecció herpètica impetiginitzada i s'indica tractament sistèmic antibiòtic i antivíric, que la pacient no inicia. Reconsulta 3 dies després per persistència de les lesions. La correlació temporal d'inici de la dieta cetogènica i l'evolució clínica van fer sospitar d'una relació amb la dieta. El prurigen pigmentós (*keto-rash*) és una dermatosi pruriginosa poc freqüent, caracteritzada per pàpules eritematoses i vesícules amb patró reticulat, localitzada a esquena, clatell i escot. La patogènia és desconeguda, probablement relacionada amb la cetosi. El diagnòstic és clínic i es confirma per biòpsia: histopatologia variable. La dieta cetogènica consisteix en l'increment de greixos amb reducció significativa de carbohidrats (<50 g/dia), fet que indueix proteòlisi, lipòlisi i gluconeogènesi. La lipòlisi produeix cossos cetònics que s'acumulen al voltant dels vasos sanguinis i provoquen infiltració de neutròfils amb inflamació perivascular. La pacient va reiniciar carbohidrats i tractament amb cortisona tòpica i antihistamínic orals. Un mes després persisteix la hiperpigmentació residual sense prujia. Sovint la reintroducció dels carbohidrats és una mesura suficient. Millora amb corticoteràpia i respon a tetraciclins perquè inhibeixen la quimiotaxi i funció dels neutròfils, amb excel·lent pronòstic. Davant qualsevol patologia cutània és fonamental l'anamnesi de possibles desencadenants. Els professionals de salut hem de conèixer aquesta entitat, especialment amb l'augment de dietes cetogèniques en la població, per evitar errors diagnòstics i la conseqüent iatrogenia.

CARINA MASCORT NOGUÉ
AROA ILLA CASARRAMONA
RAMON GÓMEZ ROS

Contacte:
cmascort.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8401

Comunicació:
PÒSTER

Quina tos més tonta!

Dona de 45 anys que consulta per tos, fumadora ocasional i amb sobrepès (índex de massa corporal [IMC] 27 kg/m²), malaltia de Gilbert i sense antecedents familiars d'interès. Quadre de tos seca, dolor pleurític i dispnea (classe funcional I) de 3 setmanes d'evolució. Sense febre ni antecedent viral respiratori. Sense síndrome tòxica. Presenta bon estat general i saturació d'oxigen del 98%. 78 bpm i 20 rpm. Afebril, sense cianosi ni acropàquies. Sense adenopaties cervicals. L'exploració cardiorespiratòria és anodina. COVID-19: negatiu. Davant una tos subaguda en pacient fumadora ocasional associada a dolor pleurític, tot i la normalitat de l'exploració, es realitza radiografia de tòrax anteroposterior-posterior on es detecta: engruiximent hilar dret amb pèrdua de volum.

Diagnòstic diferencial de tos subaguda amb dolor toràcic pleurític: amb patologia pleuropulmonar: infeccions agudes, pneumotòrax, vessament pleural, neoplàsies pulmonars... Cardiovascular: pericarditis, tromboembolisme pulmonar... Esofàgica: reflux gastroesofàgic. Muscular: esquinç intercostal... Encara que es tractava de tos subaguda, en període epidèmic, el signe de sospita va ser el dolor pleurític dret, motiu pel qual es va procedir a l'estudi d'imatge. Davant les troballes radiològiques es va derivar al circuit de diagnòstic ràpid de neoplàsia pulmonar. Estudi i proves funcionals respiratòries: sense alteracions. Tomografia computada per emissió de positrons: massa hilar dreta amb afectació d'LSD, LM i nòdul a LM. Broncoscòpia: mucosa congestiva, eritematosa i vascularitzada a LSD i LM. Estudi anatomopatològic: fragments de parènquima bronquial amb infiltració per tumor neuroendocrí. Ressonància magnètica cerebral: sense afectació a distància. Es realitza pneumectomia per carcinoma carcinoide atípic amb invasió pleural i venosa pT4N2. La majoria dels casos de tos no crònica en atenció primària són causats per infeccions agudes o reaguditzacions de patologia pulmonar prèvia. Els tipus de tos i les seves característiques no s'han mostrat eficaços per establir un diagnòstic. En l'estudi etiològic inicial no hem d'oblidar els signes d'alarma, com el dolor pleurític, que ens obliguen a realitzar proves complementàries.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

RUBÉN LÓPEZ JIMÉNEZ
JUDIT ESCARRÉ GRIFELL
ELISABET FLORENSA ROQUET-JALMAR

Contacte:
rbec@eapdretaeixample.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8402

Comunicació:
ORAL

La comunidad, una alternativa a los psicofármacos

La incorporación de la figura del referente de bienestar emocional comunitario (RBEC) tiene como objetivo promover el bienestar emocional de la comunidad y reducir la medicalización de la salud mental. En nuestro centro, los RBEC valoran las derivaciones realizadas al departamento de psicología y promueven la prescripción de actividades y talleres grupales para atender los problemas de salud mental. Fomentar la participación en las actividades comunitarias pretende dar respuesta a los malestares emocionales expresados por los pacientes atendidos en el centro de salud mental. Se ha establecido un circuito para que los RBEC valoren las derivaciones a psicología. Para dar respuesta a estas solicitudes se ha generado un listado de actividades y talleres realizados por los diferentes activos de la comunidad. Se han programado talleres grupales en el centro de salud para atender un conjunto de problemáticas y malestares que presenta la comunidad, tales como la resistencia a aceptar el proceso de envejecimiento, la soledad no deseada, el malestar generado por el estrés laboral y las dificultades que experimentan las madres y los padres en la crianza. Si el paciente no encaja en estas actividades grupales o comunitarias, se pauta una intervención psicológica breve. La respuesta a una demanda de atención psicológica no siempre requiere la prescripción de psicofármacos. Muy a menudo, el malestar psicológico experimentado por el paciente se deriva de su contexto psicosocial. La soledad, la inactividad, el sedentarismo e incluso la apatía se pueden combatir muy a menudo de forma efectiva mediante actividades y talleres grupales que amplían la red de contactos, y se incorpora actividad a la estructura semanal del paciente. Los talleres se pueden aplicar en todos los centros de salud para atender a aquellos pacientes que presentan sufrimiento emocional asociado al contexto psicosocial.

MARIA CONDOM ESTEVE
CAROLINA ROIG BUSCATÓ
NÚRIA VIDAL CALVO

Contacte:
mcondom.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8403

Comunicació:
PÒSTER

Noia jove amb dolor toràctic, no sempre és ansietat

Àmbit del cas: atenció primària i urgències

Motiu de consulta: dolor toràctic.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 47 anys amb antecedents de tabaquisme i hipertensió arterial g1, sense tractament, consulta per dolor centrotoràctic opressiu irradiat al braç esquerre, que s'havia iniciat fa uns 15 minuts, mentre comprava. S'acompanya de vegetativisme.

Exploració física: hemodinàmicament estable amb tendència a la hipertensió, saturació d'oxigen del 97%, glicèmia capil·lar 122 mg/dl. Auscultació cardíaca: tons cardíacs rítmics i sense bufs. Auscultació respiratòria: murmurí vesicular conservat sense sorolls sobreafegits. Exploració complementària: electrocardiograma amb ritme sinusal a 80 bpm, eix a 60°. Ascens del segment ST de V2 a V5 de 3 mm i T picudes.

Judici clínic: infart agut de miocardi.

Tractament i plans d'actuació: s'administra nitroglicerina sublingual i el dolor cedeix. S'activa codi IAM via SEM i s'inicia antiagregació amb aspirina 300 mg. En arribar el SEM presenta fibril·lació ventricular. S'administra una descàrrega a 200 J i reverteix a ritme sinusal.

Evolució: es trasllada a l'hospital de referència, on es realitza coronariografia, que mostra una dissecció coronària espontània (DCE) de l'artèria descendent anterior proximal, amb flux distal mantingut. S'opta per fer tractament conservador. La pacient evoluciona favorablement i manté una bona funció ventricular. És donada d'alta pocs dies després.

Revisió/conclusions

La DCE és una causa infreqüent de síndrome coronària aguda (SCA). S'hi ha de pensar en el cas d'una dona jove sense factors de risc cardiovascular i dolor toràctic típic. S'associa, entre d'altres, a displàsia fibromuscular, malaltia en què també s'afecten altres artèries (renals, cervicocefàliques, viscerals). El maneig inicial és el de l'SCA. El tractament d'elecció és conservador. Té un bon pronòstic a llarg termini.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTA HERRANZ FERNÁNDEZ
JOSÉ MANUEL CARMONA SEGADO
MARTA VARA ORTIZ

Contacte:
mherranz.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8404

Comunicació:
ORAL

Una causa infreqüent de dispnea

Dona de 39 anys que acudeix al centre d'atenció primària referint ofec i palpitations ocasionals de 3 anys d'evolució. Viu sola. Nega hàbits tòxics i no té al·lèrgies medicamentoses ni malalties prèvies d'interès. Diu que té dos germans amb "bronquitis crònica" i un d'ells porta oxigen. L'exploració física és anodina. Havia anat en diverses ocasions d'urgències a l'hospital de referència. En una ocasió l'havien tractada amb ansiolítics (tot i insistir que no estava ansiosa) i en una altra li havien receptat salbutamol i antibiòtics per l'augment del seu ofec i febre. Se li practica un electrocardiograma que és normal i una radiografia toràcica que mostra atrapament aeri. Seguidament se li va practicar una espirometria que va mostrar un patró obstructiu no reversible i una analítica amb proteïnograma inclòs, en la qual destacava la disminució de les alfa globulines. Davant d'aquestes troballes, es va fer una determinació d'alfa-1-antitripsina (AAT) que va ser baixa (17 mg/dl) amb fenotip SZ. Amb tot això va ser diagnosticada de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) de característiques genètiques (dèficit d'AAT). Va ser tractada amb antagonistes muscarínics d'acció prolongada i derivada al servei de pneumologia per valorar el tractament substitutiu del dèficit. La importància del cas rau en el fet que no cal atribuir l'MPOC exclusivament al fum del tabac, ja que un terç de les persones amb MPOC a tot el món no han fumet mai. Cal recordar l'existència d'altres factors: ambientals, genètics... Les guies mèdiques recomanen la determinació d'AAT almenys una vegada a la vida als pacients d'MPOC, per evitar l'infradiagnòstic i aconseguir el diagnòstic precoç d'aquesta malaltia. El tractament simptomàtic és el mateix que el de l'MPOC, però el seu tractament específic amb AAT en els casos seleccionats pot disminuir la progressió ràpida d'aquesta malaltia.

PAULA VILLACORTA GALINDO
ALBA CALDERÓ TORRA
LAIA CAYUELAS REDONDO

Contacte:
pvillacortag@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8405

Comunicació:
PÒSTER

Dermatitis per bolets xiitake

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lesions cutànies

Història clínica

Home de 67 anys, natural d'Argentina amb antecedent d'asma en tractament amb salbutamol a demanda. Sense al·lèrgies medicamentoses ni alimentàries conegudes. Consulta per erupció cutània pruriginosa al tòrax i les extremitats superiors, de 2 dies d'evolució. Sense febre, símptomes respiratoris ni altra clínica acompanyant. Sense medicacions noves. Com a única novetat explica que pren suplementes de creatina des de fa unes setmanes. En l'exploració física presenta lesions eritematoses lineals amb patró de fuetada al tòrax i els braços. Sense lesions a la cara ni al cuir cabellut, ni afectació d'altres sistemes.

Judici clínic: inicialment es va orientar com a probable urticària idiopàtica.

Tractament: es va iniciar tractament amb antihistamítics i corticoides via oral, amb millora dels símptomes. Evolució: al cap dels dies, el pacient va informar del consum de bolets xiitake el dia abans de l'aparició de les lesions de forma flagel·lada, que concordaven amb la dermatitis xiitake. El *rash* es va resoldre en 2 setmanes.

Conclusions

- La dermatitis per xiitake es caracteritza per lesions cutànies pruriginoses, eritematoses i amb patró de flagel que apareixen al tronc o a les extremitats entre 2 hores i 5 dies després de la ingesta d'aquests bolets crus o poc cuits. El tractament és simptomàtic i, tot i que pot aparèixer un quadre sever, habitualment s'autolimita en 2-4 setmanes.
- Actualment ens arriben aliments originaris d'altres països que fins fa poc no es podien trobar als nostres mercats. Això ha comportat l'aparició de reaccions noves en el nostre medi.
- L'anamnesi és el primer pas de la valoració mèdica i cal que sigui completa perquè pot aportar dades molt rellevants per al diagnòstic.
- La societat canvia constantment i els metges i metgesses de família hem d'estar formats i actualitzats per poder detectar les conseqüències sanitàries que se'n puguin derivar.

ALBA CALDERÓ TORRA
LAIA MONTAÑOLA PUJOL
PAULA VILLACORTA GALINDO

Contacte:
caldero@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8406

Comunicació:
PÒSTER

Febre recurrent durant la pandèmia de covid-19

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: adenopatia retroauricular i febre.

Història clínica

Dona de 77 anys amb antecedents de dislipèmia i diverticulitis, sense altra comorbiditat rellevant. Consulta per adenopatia retroauricular dreta de menys d'1 cm, juntament amb dermatitis al plec de l'orella (atribuïda a l'ús de mascareta), que desapareix amb tractament amb corticoides tòpics. En els 6 mesos següents, la pacient consulta al CAP per tres episodis de febrícula sense focalitat i amb sudoració nocturna que s'autolimiten en uns 5 dies. S'orienten com a probable virasi. Es descarta covid-19 i es pauta tractament simptomàtic. Finalment l'adenopatia retroauricular reapareix i es decideix derivació per a la realització d'una punció per aspiració amb agulla fina ecoguiada.

Judici clínic: l'anatomia patològica informa de limfoma de cèl·lules B post centre germinal (cèl·lula B activada clonal lambda).

Tractament i evolució: la pacient ingressa a hematologia per a estadiatge (amb proves d'imatge i biòpsia de medul·la òssia) i comença tractament quimioteràpic R-CHOP.

Conclusions

- Els pacients amb limfoma no Hodgkin es diagnostiquen sovint per la detecció d'una adenopatia, però poden presentar també simptomatologia general, com febre, sudoració nocturna o pèrdua de pes.
- Les infeccions són la causa més freqüent de febre d'origen desconegut, però cal tenir present també altres etiologies com les neoplàsies o algunes malalties autoimmunes (vasculitis, lupus, artritis reumatoide, etc.).
- És més probable que la febre sigui de causa no infecciosa quan és recurrent o de llarga durada.
- L'atenció centrada en els símptomes de la covid-19 i les dificultats d'accés a la consulta en alguns moments de la pandèmia han pogut provocar retards en el diagnòstic o el tractament d'altres problemes de salut.
- La longitudinalitat en l'atenció primària és clau per a una atenció de qualitat, ja que facilita la valoració i el seguiment correctes dels pacients amb simptomatologia recurrent.

MARINA PELFORT MORENO
MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO
VIOLETA URIACH TIMONEDA

Contacte:
mpelfort.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8407

Comunicació:
PÒSTER

Esteatocistoma múltiple

Pacient de 26 anys que consulta per lesions testiculars a atenció primària.

Com a antecedents destaca el consum esporàdic d'LSD en context festiu. Sense altres antecedents ni tractament de base. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Presenta múltiples lesions testiculars i assenyalava certa molèstia. Nega dolor, exsudat uretral, pruija, febre o altre clínica acompanyant. Nega contactes sexuals de risc. Explica que fa anys presentava una única lesió, però en aquestes últimes setmanes s'han incrementat a ambdós testicles i fins a aproximadament 10-15 lesions. En l'exploració destaquen múltiples lesions nodulars de 4-5 mm, de color blanquinós a l'escrot, no adherides a plans profunds i no doloroses a la palpació. Sense eritema ni signes d'infecció. Una de les lesions supura un material blanquinós no purulent. No es palpen ganglis inguinals. Com a diagnòstic diferencial: mol·luscs, quists epidermoids, lipomes, acantòlisi papulosa de l'àrea anogenital, berrugues genitals, sudamina testicular, milium, esteatocistoma múltiple. Com a proves complementàries es realitza anàlisi sanguínia amb estudi bàsic i cribratge d'infeccions de transmissió sexual, tots els paràmetres dins la normalitat. Es deriva a dermatologia per completar estudi i és diagnosticat d'esteatocistoma múltiple. No s'ha de dur a terme cap tractament específic: escissió de les lesions si hi ha molèsties. Com a conclusió, és una malaltia que acostuma a iniciar-se a l'adolescència o en la vida adulta primerenca. Està caracteritzada per múltiples quists dèrmics asimptomàtics que solen aparèixer al tronc i a les extremitats proximals, amb menys freqüència al coll, les aixelles, la regió inguinal i el cuir cabellut. La majoria de les lesions es mantenen asimptomàtiques, però poden inflamar-se, trencar-se i drenar. En aquest cas destaquem la importància de l'anamnesi, d'una bona exploració física i també del treball conjunt amb especialistes hospitalaris. Cal destacar la importància de tenir temps a la consulta per realitzar cerca bibliogràfica, ja que, per exemple, en aquest cas la localització de les lesions és molt poc freqüent. Disposem de l'autorització oral del pacient.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ISABEL RODRIGUES GONÇALVES
GRECIA JULIA MATEO FELIZ
SILVIA GÓMEZ TAPIA
SUSANA CASANOVAS SANMARTÍN

Contacte:
isabel.rodrigues.goncalves@outlook.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8409

Comunicació:
PÒSTER

Cuidemos al cuidador

Objetivo de la experiencia: desde el grupo motor de comunitaria surgió el proyecto de un grupo psicoeducativo multidisciplinar enfocado a los cuidadores no profesionales de personas con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia. El objetivo es reducir el agotamiento y la sobrecarga del cuidador, mejorar la gestión y su bienestar emocional.

Descripción de la experiencia: durante el tiempo de curas, los cuidadores reprimen sus necesidades y reducen el tiempo dedicado al descanso para asumir estas tareas. Esto repercute en su salud física y mental, con aumento del nivel de estrés y riesgo de claudicación. El eje de la intervención del grupo es la salud emocional del cuidador, a través del desarrollo de la comunicación, el fomento de la autonomía y el establecimiento de límites, etc. Además, se aporta al cuidador conocimientos sobre la patología de su familiar (comprender los cambios físicos, psicológicos y conductuales que se producen). También se trabajaron conceptos como el cuidado de la piel, la prevención de caídas, la estimulación basal, etc.

El abordaje de una nutrición saludable, así como de la condición física del cuidador y el conocimiento de los recursos y prestaciones sociales disponibles, fueron también aspectos fundamentales del grupo de trabajo. Para ello, se establecieron grupos de 15 personas. Las charlas se realizaron en el centro cívico local. Se les realizaron cuestionarios pre y posintervención: escala del cuidador de Zarit, test de bienestar emocional y test de Oslo. También una encuesta de satisfacción al finalizar el grupo. Asistieron a un total de 8 sesiones: tres de bienestar emocional, medicina, enfermería, nutrición, trabajador social y fisioterapia.

Conclusiones: se detectó una mejoría de la percepción de la sobrecarga del cuidador y de la puntuación del bienestar emocional.

Aplicabilidad: creemos que este grupo es extensible a otras áreas comunitarias de nuestro entorno.

OLGA BIGAS AGUILERA
MERCEDES RODRÍGUEZ PASCUAL
INGRID TERCEROS TABOADA

Contacte:
obigas.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8411

Comunicació:
ORAL

Diagnòstics de l'aparell digestiu orientats des de dermatologia

Àmbit: centre urbà d'atenció primària.

Motiu i història

Home de 37 anys que consulta diverses ocasions a urgències de primària per lesió a la comissura bucal, de repetició. Inicialment s'orienta com a lesió compatible amb herpes simple i es pauta valaciclovir. El pacient sol·licita atenció telefònica amb el seu metge per revalorar i és citat presencialment: la lesió és recidivant fa més de 6 mesos i presenta edema labial acompanyat, eritema a comissura bucal i alguna vesícula.

Davant la manca de millora, el seu metge el remet a dermatologia que orienta com a quillitis granulomatosa i aconsella cita amb digestiu per descartar la malaltia de Crohn. Des de digestiu se sol·licita ileoscòpia que presenta ileocolitis inflamatòria suggestiva de malaltia de Crohn i enterorressonància magnètica que informa d'alteració inflamatòria amb engruiximent mural i alteració de la difusió de l'extremitat distal de l'ili i de la regió de la vàlvula ileocecal, amb grau moderat d'estenosi que produeix una discreta dilatació proximal. Finalment s'orienta el cas com a malaltia de Crohn ileocolònica. Es va iniciar tractament amb prednisona i posteriorment azatriopina. Es va mantenir asimptomàtic a nivell digestiu i amb desaparició de la quillitis.

Conclusions

La patologia inicialment menor o banal pot amagar darrera malalties o síndromes més rellevants. Des de primària podem realitzar un seguiment dels pacients de prop i veure l'evolució de qualsevol signe o símptoma. Això permet revalorar-lo en cada situació. Davant la reconsulta d'un mateix símptoma, des de primària podem pensar en un diagnòstic diferencial ampli que d'inici hauria passat desapercbut i pivotar i coordinar els estudis necessaris amb la resta d'especialitats que calguin. Aquest cas ens ensenya a no subestimar les reconsultes dels pacients ni aquells símptomes que es poden considerar menors.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

OLGA BIGAS AGUILERA
MERCEDES RODRÍGUEZ PASCUAL
INGRID TERCEROS TABOADA

Contacte:
obigas.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8412

Comunicació:
PÒSTER

Les conseqüències de l'antibiòtic de tres dies

Àmbit: centre urbà d'atenció primària.

Motiu de consulta: analítica alterada.

Història clínica

Home de 73 anys, amb antecedents d'hipertensió arterial controlada, que presenta alteració de la funció hepàtica en analítica de control amb: AST 183 U/l, ALT 366 U/l, B 56 µmol/l, GGT 1347 U/l, FA 406 U/l. Exploració física sense alteracions. Nega hàbit enòlic o productes hepatotòxics, sense clínica associada a part d'una lleugera epigastràlgia intermitent i lleugera debilitat. Sense icterícia, colúria o acòlia.

Diagnòstic diferencial: hepatitis tòxica d'origen farmacològic, autoimmune o viral (virus hepatotrops, virus d'Epstein-Barr [VEB], citomegalovirus [CMV], VIH, toxoplasma).

Analítica de control: proteïnograma i immunoglobulines (Ig) normals, anticossos ANA 1/80, la resta amb autoimmunitat normal. Virus de l'hepatitis B (VHB) negatiu (no immunitzat), CMV IgM negatiu, IgG positiu, VEB IgM positiu dubtós, VHC negatiu. AST 53 U/l, ALT 130 U/l, B 33 µmol/l, GGT 1012 U/l, FA 291 U/l.

Ecografia abdominal: sense alteracions.

Orientació diagnòstica: hepatotoxicitat. Reinterroguem el pacient: els dies previs a l'anàlisi inicial havia estat tractat amb azitromicina per algun procés respiratori en un altre territori (no constava a la història clínica). Actualment mostra una analítica amb transaminases i FA normals; GGT 290 U/l.

Conclusió

Les reaccions adverses hepàtiques induïdes per antibiòtics són poc freqüents i, generalment, es resolen amb la seva suspensió. Tanmateix, ocasionalment poden ser greus i, fins i tot, fulminants, per la qual cosa no s'ha de minimitzar l'aparició d'aquesta reacció adversa a l'hora de prescriure fàrmacs. Hem de prescriure fàrmacs, en aquest cas antibiòtics, seguint les indicacions pertinents i coneixent la relació risc-benefici per a cada cas.

LAIA ONIEVA GIL
FRANCISCO JAVIER PALLARÉS PALLARÉS
GEORGINA MARINÉ LLAURADÓ

Contacte:
lonieva.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8413

Comunicació:
PÒSTER

A la paperera hi veig un riu

Història clínica

Dona de 79 anys, hipertensió arterial, hipotiroïdisme, síndrome ansiosodepressiva, hiperreactivitat bronquial, reflux gastroesofàgic, canal estret i incontinència urinària.

Tractament habitual: vortioxetina 5 mg, formoterol/beclometasona 100/6 mcg, levotiroxina 100 mg, losartan 50 mg, omeprazole 20 mg. Consulten per desorientació amb inquietud de predomini nocturn i disúria sense febre. Visita inicial amb exploració física i constants normals, tira d'orina patològica. Orientació diagnòstica, diagnòstic diferencial. Es considera desorientació secundària a cistitis aguda i es pauta cefuroxima.

Després d'1 setmana, tot i l'urocultiu positiu a *Escherichia Coli* sensible a cefuroxima, no presenta millora i persisteix la desorientació amb períodes d'agitació que s'alternen amb períodes de somnolència. S'hi afegeixen al·lucinacions visuals. S'orienta com a síndrome confusional aguda. Es realitza analítica bàsica amb funció tiroïdal i radiografia de tòrax normals i s'inicia haloperidol en dosi baixa. Tot i així, la clínica persisteix i s'afegeix alteració de la marxa. En aquest període augmenta notablement la dependència en les activitats bàsiques i els familiars objectiven un clar deteriorament de la memòria. Es realitza derivació hospitalària i allà es procedeix a ingress i es realitzen proves complementàries: ressonància magnètica amb configuració àmplia del sistema ventriculoesternal i solcs corticals. Punció lumbar amb anticossos antineuronals i antiperfície negatius, 14.3.3 negatiu, *ratio* d'amiloide beta 42/40 baix. És valorada per neurologia i s'orienta com a probable demència per cossos de Lewy.

Tractament i pla d'actuació: s'inicia tractament amb rivastigmina 3 mg i quetiapina 25 mg, amb estabilització i millora progressiva. Es deriva a centre sociosanitari per a rehabilitació funcional cognitiva.

Evolució: actualment hi ha millora clínica, sense desorientació, dependent parcialment per a activitats bàsiques i amb persistència d'al·lucinacions visuals però més contingudes.

Conclusió

D'aquest cas clínic creiem rellevant destacar la seqüència diagnòstica davant d'un episodi de desorientació i de síndrome confusional en un pacient ancià, en el qual, davant de la persistència clínica és important pensar en diagnòstics menys freqüents i importants pel que fa al maneig i pronòstic.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

LAIA ONIEVA GIL
FRANCISCO JAVIER PALLARÉS PALLARÉS
SUSANA GARCÍA ANDREU

Contacte:
lonieva.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8414

Comunicació:
PÒSTER

Dispnea en asma, és sempre asma?

Motiu de consulta: dona de 34 anys, natural d'Hondures, sense antecedents mèdics coneguts ni hàbits tòxics. Etiquetada d'asma per clínica, però no utilitza broncodilatadors per manca de millora. Consulta d'urgències a l'ambulatori per dispnea i tos de dies d'evolució amb sensació distèrmica i dolor intermitent a la cama dreta.

Exploració física: és inicialment atesa a demanda aguda d'infermeria. Es detecta saturació d'oxigen del 82% i 140 bpm, amb auscultació respiratòria poc alterada. Es comenta a medicina. En l'exploració física, taquipnea i taquicàrdica amb estat general conservat, auscultació respiratòria amb mínims crepitants bibasals sense signes de trombosi venosa profunda.

Electrocardiograma: taquicàrdia sinusal a 140 bpm amb signes de sobrecàrrega dreta a la radiografia de tòrax: ICT elevat, signes de redistribució vascular.

S'orienta com a insuficiència respiratòria per descartar tromboembolisme pulmonar. S'administra metilprednisolona, salbutamol, bromur d'ipratropi i oxigenoteràpia sense aconseguir una saturació del 90% i sense canvis en l'auscultació. S'activa SEM medicalitzat i es realitza trasllat a l'hospital.

Evolució: a urgències es realitza àngio tomografia computada que descarta tromboembolisme pulmonar.

Ecocardiografia: configuració en D del ventricle esquerre amb sobrecàrrega i dilatació de cavitats dretes, fracció d'ejecció conservada. Absència d'eco al septe interauricular compatible amb comunicació interauricular *ostium secundum* (CIA OS). Insuficiència tricuspídica severa.

Conclusió: CIA OS amb repercussió hemodinàmica i hipertensió pulmonar severa. A l'anamnesi dirigida refereix dispnea d'anys d'evolució amb capacitat d'esforç reduïda. S'orienta com a insuficiència cardíaca en context de CIA OS no detectada en la infància. S'inicia tractament depletiu. Es realitza cateterisme cardíac dret que objectiva hipertensió pulmonar severa en situació d'Eisenmenger. Actualment en control cardiològic en tractament amb macitentan i sildenafil.

Creiem que aquest cas clínic és rellevant perquè exemplifica la importància de les revisions en la infància i de l'estudi de la clínica inespecífica per afavorir el diagnòstic precoç. Creiem rellevant remarcar també la bona coordinació entre els serveis d'atenció, amb especial èmfasi en la consulta de demanda aguda d'infermeria per a un correcte maneig.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO

Contacte:
portajera@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8415

Comunicació:
PÒSTER

Una odinofàgia molt particular

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: espasmes faringis.

Història clínica

Home de 24 anys que acut al CAP referint molèsties faringies persistents a nivell central anterior de mesos d'evolució en forma d'espasmes, sense recordar cap possible desencadenant. Nega antecedents d'interès o altra simptomatologia prèvia, excepte amigdalectomia a la infància.

A l'exploració física destaca dolor a la palpació a nivell de l'estiloides amb faringe hiperèmica i lleu hipertròfia amigdal·lar. No plaques pultàcies, edemes d'úvula o de parts toves, ni abscessos. Tampoc es visualitzen signes flogòtics. Donada la inespecificitat del quadre, es pauta tractament antiinflamatori durant 1 setmana, sense cap millora. Es canvia el tractament a cortisona oral de nou amb poca millora, i es deriva a otorrinolaringologia. Allà es realitza fibroscòpia on s'aprecia faringe hiperèmica amb lleu hipertròfia amigdal·lar i cordes vocals sense alteracions. Se sol·licita estudi amb tomografia computada de coll amb contrast, on s'observa hipertròfia de l'anell de Waldeyer i calcificació quasi completa de tot el trajecte dels lligaments estilohioidals bilaterals. Així, s'orienta el cas com a probable síndrome d'Eagle de presentació simptomatològica atípica, i es descarten les causes d'odinofàgia més freqüents. L'otorrinolaringòleg decideix iniciar tractament amb infiltracions locals de corticoides amb anestèsics locals i aconsegueix remissió quasi completa dels espasmes faringis. Donada la millora, es manté una conducta expectant amb controls periòdics.

Conclusions

La síndrome d'Eagle és molt poc freqüent i és típicament infradiagnosticada a l'atenció primària. La presentació més freqüent cursa amb dolor faringi, per la qual cosa el diagnòstic diferencial pot ser massa ampli. Malgrat això, certs símptomes poc habituals a la consulta, com els espasmes laringis, i la falta de resposta al tractament haurien de fer pensar en entitats més infreqüents. En el cas de la síndrome d'Eagle, una prova d'imatge permet observar la calcificació o allargament dels lligaments estilohioidals. El tractament i control es poden realitzar des de primària, derivant a otorrinolaringologia si és necessari.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

AROA VÁZQUEZ PICAZO
SONIA CABRERA ROBLEDO
YOLANDA MARTÍNEZ CAMPO
BENILDE FONTOBA POVEDA

Contacte:
avazquezp.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8416

Comunicació:
ORAL

Escuela de salud, más allá del centro de atención primaria

Introducció: la esperança de vida en Catalunya es de las más elevadas del mundo. Según el último estudio del Idescat, en 2051 la previsión pasará de 79,8 a 85,3 años en hombres y de 85,4 a 90,2 años en mujeres. Confirmando el envejecimiento de la población y el aumento de la dependencia.

En este contexto de cambios demográficos y de valores culturales, la educación por la salud tiene un papel relevante para prevenir y mitigar las consecuencias propias del envejecimiento.

Objetivo: fomentar el envejecimiento activo en personas mayores de 60 años vinculadas al centro de salud de referencia.

Descripció: el programa consiste en una intervenció comunitària cuatrimestral de 10-12 sessions grupals de 90 min. Los participantes son derivados a la escuela de salud desde el centro de salud de referencia o desde el casal de barrio.

Las actividades educativas abarcan ámbitos tan diferentes como el proceso de envejecer, alimentación y nutrición, ejercicio e higiene postural, apoyo social y aislamiento, bienestar emocional, trabajo en comunidad y sexualidad.

Conclusió: actualmente, finalizando la 4ª edición, detectamos un leve incremento en el índice de participación social subjetiva indicativo de que las personas participantes se implican en las actividades sociales organizadas en su comunidad. Respecto al ítem de percepción de apoyo social se ha mantenido en niveles constantes desde la 1ª edición. Se ha visto incrementada hasta en 3 puntos la percepción de un mejor estado de salud de los participantes. En cuanto a la participación constatamos desde la 1ª edición un aumento hasta el 200%, pasando de 31 a 62 participantes por edición, con una fidelidad y adherencia del 70%.

Aplicabilitat: gracias al programa podemos demostrar que la escuela de salud para mayores es capaz de crear y ayudar a mantener una vinculación entre iguales y mejorar directamente la percepción de apoyo social y del estado de salud.

MARIBEL GRACIA VILAS
GEMMA CARRÉ GAYA
LAURA GARCÍA ESTEVE
ANNA SABATÉ NAVARRO

Contacte:
mgracia.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8417

Comunicació:
ORAL

Medicina en xarxa

Objectius: compartir, reflexionar, posar en comú casos clínics d'interès, utilitzant eines digitals a la consulta del metge de família.

Descripció: hem anomenat *Medicina en xarxa* el xat que utilitzem per compartir imatges i casos clínics amb periodicitat setmanal. Amb el consentiment informat verbal del pacient.

Emmarcat en un calendari trimestral i amb les guies de pràctica clínica com a fil conductor, el tutor exposa un cas clínic que cal resoldre tenint en compte les actualitzacions bibliogràfiques recents.

En la formació especialitzada en medicina de família cada resident té un tutor referent i les eines digitals permeten compartir l'expertesa amb la resta de l'equip docent. També ajuda a continuar en contacte amb el centre d'atenció primària durant les rotacions hospitalàries.

Aquesta experiència ha estat molt ben rebuda pels tutors i pels residents perquè manté la motivació i l'interès, i reforça el contingut teòric.

Conclusions: les eines digitals contribueixen a una col·laboració millor entre nivells assistencials i són un suport important en la docència dels metges interins residents.

Aplicabilitat: la formació virtual és una proposta que permet augmentar i facilitar l'intercanvi d'informació entre tutors i residents. D'aquesta manera es potencia la divulgació científica i millora tant la formació del resident com el contacte amb el CAP durant tot el període de formació, sobretot en les rotacions fora del CAP.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DOLORS PERPINYÀ MORERA
ALBA MARTY PÉREZ
MIREIA ZARCO MARTÍNEZ
MARIONA ESPAULELLA FERRER
RAQUEL SOLA TEIXIDOR

Contacte:
dperpinya@hoscamp.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8419

Comunicació:
PÒSTER

Atenció integrada en un centre residencial per a persones grans, des de la perspectiva de gestió de cas

Objectius de l'experiència: en les residències trobem un grup de població amb elevada complexitat i dificultat en l'abordatge del dia a dia, ja que presenten fragilitat i multimorbiditat. El nostre objectiu és crear un model d'integració múltiple (MIM) pivotat sobre la infermera gestora de casos que permeti millorar l'atenció als residents.

Descripció de l'experiència: el MIM consisteix en la valoració inicial dels usuaris de la residència per la seva infermera o infermer en coordinació amb la infermera gestora de cas d'atenció primària. Amb la seva valoració determinen la necessitat d'intervenció per un metge o metgessa d'atenció primària o geriatría. En funció de la complexitat del cas i de si necessita una atenció més o menys específica s'activa el facultatiu corresponent. Això permet un abordatge més enfocat a les necessitats de la persona. A més a més, l'estreta col·laboració dels professionals permet la realització d'un diagnòstic situacional (valoració geriàtrica integral, fragilitat, adequació de la prescripció...) i la posterior elaboració d'un pla d'intervenció individualitzat. Això possibilita un treball proactiu per tal d'avançar-nos a les crisis. Es gestiona la demanda de les necessitats dels usuaris, s'anticipen les possibles descompensacions i es classifiquen les demandes en funció de la complexitat. Amb l'estructuració de les tasques es pot millorar l'organització.

Conclusions: el MIM permet millorar l'atenció de les persones en àmbit residencial ja que permet la sinergia entre els coneixements de diferents professionals, ofereix una millor atenció als usuaris i millora la confiança de les famílies.

Aplicabilitat: es tracta d'un model que pivota sobre infermeria i requereix sistemes d'informació compartits, formació compartida i un llenguatge comú; finalment, cal el treball compartit entre els diferents professionals.

MARINA LOBACO SOLER
MARIA ESPADAMALA FRANCOLÍ
THAÏS SERRÀ RIGOL

Contacte:
mlobaco.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8420

Comunicació:
PÒSTER

Esdeveniment advers a l'atenció primària relacionat amb medicació intrahospitalària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: ferida a la boca que no cicatritza, inflamació del costat dret de la cara.

Història clínica

Antecedents personals: carcinoma de mama (intervenció, radioteràpia, quimioteràpia i tamoxifèn) + M1 òssies i hepàtiques.

Anamnesi: consulta perquè fa 2 mesos, des que se li va fer una extracció dental al nostre centre, que presenta dolor al costat dret de la cara i la ferida de l'alvèol no cicatritza. Ja ha pres antibiòtics, però la ferida segueix sense millorar. Per aquest fet, l'odontòloga d'atenció primària decideix consultar amb oncologia i l'informen que la pacient està fent tractament amb àcid zoledrònic 4 mg/mes des de fa 4 mesos.

Diagnòstic: osteonecrosi del maxil·lar, secundària al tractament amb àcid zoledrònic.

Pla d'actuació: s'atura el tractament amb àcid zoledrònic i es deriva a cirurgia maxil·lofacial, que sol·licita tomografia computada cervical on s'objectiva necrosi del maxil·lar a la zona de l'extracció dental, i es decideix mantenir una conducta expectant.

Evolució: després de 8 mesos de l'extracció dental, la pacient reconsulta amb la doctora d'atenció primària per molèsties nasals i supuració purulenta a la cavitat oral. En l'exploració física s'observa exposició òssia de tota l'hemiarcada superior dreta: un os completament necròtic. Es decideix realitzar una hemimaxil·lectomia.

Conclusions

Aquest cas posa en evidència un problema de seguretat, ja que la medicació dispensada des de l'hospital de referència no es visualitza a l'eCAP i això pot generar, així, interaccions entre fàrmacs i esdeveniments adversos greus. Per aquest motiu i d'ençà d'aquest cas, s'està treballant un nou protocol perquè des d'atenció primària es pugui veure la medicació dispensada intrahospitalàriament i perquè els pacients que inicien tractament amb bifosfonat parenteral facin una revisió odontològica. S'intenta, així, minimitzar el risc d'osteonecrosi del maxil·lar. A la nostra regió se n'ha objectivat una incidència del 2,5% dels pacients tractats l'any 2022.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ESTER ORIOL MARTÍ
ADRIÁN DEL AMO ÁVILA
ANA MARIA COSTA PÉREZ

Contacte:
esteroriol93@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8421

Comunicació:
PÒSTER

Dermatitis atòpica: un brot diferent

Nena d'onze anys, de raça negra, amb antecedents personals de dermatitis atòpica. Consulta acompanyada dels seus pares per brot de dermatitis atòpica amb aparició de lesions blanquinoses i pruriginoses als braços, espatlles i zona pectoral esquerra, que no havia presentat prèviament sobre els èczemes de la dermatitis.

Exploració física: plaques hiperpigmentades, arrodonides, amb límits ben definits, confluents, lleugerament descamatives, de localització al braç esquerre des del colze fins a l'espatlla i la zona pectoral, compatibles amb lesions de dermatitis atòpica. Sobre aquestes lesions s'aprecien pàpules blanquinoses d'entre 1 i 2 mm de diàmetre, de distribució lineal des de la cara anterior del colze fins al pectoral, seguint les línies de Blaschko.

Diagnòstic diferencial: dermatitis atòpica, líquen estriat, líquen pla lineal, psoriasi, vitiligen lineal.

Tractament: emol·lients (crema hidratant) amb corticoides tòpics per al brot de dermatitis. Sobre les lesions blanquinoses es va decidir una conducta expectant i l'observació i seguiment a la consulta.

Evolució: la pacient va presentar una evolució favorable de les lesions amb el tractament descrit.

Donats els antecedents de la pacient (dermatitis atòpica, asma, vitiligen), la clínica i les característiques de les lesions, es va orientar com a líquen estriat sobre brot de dermatitis atòpica.

Conclusions: el líquen estriat es una dermatosi inflamatòria adquirida, poc freqüent, de predomini a la infància i d'etiologia desconeguda. El diagnòstic és clínic, és de caràcter benigne i autolimitat i en la majoria dels casos no requereix tractament.

La forma de presentació de les diferents dermatosis pot variar en funció del color de la pell, fet pel qual és important ampliar el nostre ventall de visió en una societat cada vegada més globalitzada i ben representada a les nostres consultes dia rere dia.

JOSEP ABADAL SASTRE
ENCARNACIÓN CARBALLÓ RUANO
JUDIT PONS PIÑOL
MONTSERRAT MEDERO FERIA

Contacte:
equipviolencias@capsarria.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8422

Comunicació:
PÒSTER

Experiència organitzativa en un equip d'atenció primària

Objectius: crear un grup referent i de treball en l'atenció i seguiment de la violència masclista, vers la infància i vers la gent gran en el CAP, que impliqui tots els estaments: medicina, infermeria, tècnic auxiliar d'infermeria, treball social, psicologia i administració.

Definir, conèixer i classificar la violència soferta com un indicador de salut en: a) Violència masclista. b) Violència vers la infància. c) Violència vers la gent gran.

Objectius específics: a) Formar el grup i tot l'equip del CAP en situacions de violència. b) Realitzar un protocol per a cada tipus de violència. c) Mantenir els protocols actualitzats i basats en l'evidència. d) Millorar la detecció del problema de salut i oferir un diagnòstic i un seguiment adequats. e) Ser un grup referent per a la coordinació i la investigació de la violència.

Descripció de l'experiència: de la necessitat de donar resposta a les situacions de violència esmentades, sorgeix un grup multidisciplinari referent que treballa de manera intersectorial.

Ens vam formar en l'anàlisi, detecció i seguiment de les diferents violències per poder crear els protocols pertinents. Així, tot el personal del CAP pot actuar de manera homogènia per prevenir, detectar i actuar adequadament en les situacions de violència que es presentin al seu servei.

Funcionarà com un equip consultor de casos, i formador.

Conclusions: l'equip vol garantir la millor atenció possible a qualsevol persona que es presenti al centre i sigui susceptible de patir o haver patit violència. Per aconseguir aquesta fita és molt important la creació de protocols actualitzats i la formació continuada.

Aplicabilitat: les violències masclista, vers la infància i vers la gent gran són una prioritat de salut. Cal implementar en tots els CAP un grup referent per donar resposta a aquest problema tan prevalent i en augment.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARIONA MARQUÉS PÀMIES
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:

marques.mariona@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8424

Comunicació:

PÒSTER

No tot són crisis d'angoixa

Motiu de consulta: angoixa generalitzada.

Història clínica

Dona de 36 anys, natural de Bolívia, amb antecedents d'interès de trastorn adaptatiu el 2018, per la mort de la seva mare i de la filla de 4 anys. Va necessitar tractament amb inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS; escitalopram) durant uns mesos; de malaltia de Chagas latent, en seguiment per la unitat de malalties infeccioses de l'hospital de referència i des d'on es decideix començar tractament amb nifurtimox el 7 d'abril de 2023.

Consulta el 14 del mateix mes, per quadre d'angoixa sense un desencadenant clar, amb taquipsíquia, pensaments de mort obsessius, elevada angoixa i agorafòbia. S'inicia tractament amb citalopram i diazepam de rescat. Posteriorment, realitza múltiples visites a urgències generals amb idees autolítiques i autolesions. S'inicia assaig amb benzodiazepines, sense clara millora. Finalment, visitada a urgències de psiquiatria amb sospita de probable neurotoxicitat del nifurtimox, es recomana la retirada del fàrmac i el canvi a sertralina. El dia 21 del mateix mes es decideix la retirada del fàrmac per part de malalties infeccioses i és donada d'alta per part del seu servei perquè no té alternatives terapèutiques al fàrmac. La pacient es va vincular a la unitat de crisis d'angoixa de psiquiatria i els símptomes han millorat molt. Actualment només es troba en tractament amb rivotril i sertralina. Ha pogut tornar a la seva vida laboral habitual.

Conclusions

Com a metgesses d'atenció primària, és important tenir sempre present els efectes adversos dels medicaments, fins i tot una vegada retirats, donat que la nostra prescripció i control farmacològic és molt ampli. A més, en aquest cas, es va caure en l'error de jutjar la pacient pel seu antecedent de salut mental, fet que va posposar la retirada del fàrmac per part del servei de malalties infeccioses. Finalment, destacaria la importància d'una bona coordinació entre el CAP i el centre de salut mental d'adults per tal d'abordar els símptomes de la pacient.

MONTserrat PUJULA BLANCH
ZOILA BASTARDO LÓPEZ
NATÀLIA BERNARDO VILAMITJANA
ELENA OLABARRIETA ZARO
LAURA FIGUEROA MARCÉ
BELÉN PÉREZ JIMÉNEZ

Contacte:

mpujula.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8426

Comunicació:

PÒSTER

Conocimientos, hábitos y propuestas de los escolares para mejorar la salud bucodental de la comunidad

Justificación: municipio urbano con 32.517 habitantes, el 38% es población inmigrante, nivel socioeconómico bajo.

El programa de salud bucodental de la Agencia de Salud Pública muestra prevalencias de caries superiores a las de la región sanitaria de referencia. Identificar los conocimientos, hábitos de los escolares y recoger sus propuestas establecerá bases para futuras intervenciones.

Objetivos: a) Valorar conocimientos y hábitos de salud bucodental de los escolares. b) Identificar propuestas para mejorar la salud bucodental.

Metodología: estudio cualitativo fenomenológico. Se han realizado cinco grupos focales, tres en 4º de primaria y dos en 1º de ESO, de diferentes centros educativos, considerando la diversidad sociocultural. Se ha seleccionado la muestra a través del contacto de la odontóloga del centro de salud con los directores de los centros educativos. La información se ha recogido entre noviembre de 2018 y abril de 2019. La suficiencia de la muestra ha venido definida por la calidad y cantidad de la información hasta llegar a la saturación de la misma. Se ha realizado un análisis cualitativo temático. Proyecto aprobado por el Comité Ético de Investigación (código 19/069-P).

Resultados: categorías definidas: conocimientos, hábitos y propuestas de mejora individuales y comunitarias. Los escolares tienen buena información sobre caries y hábitos de higiene bucodental. Consumen frecuentemente azúcares aunque los identifican como causa de caries. Proponen apadrinar alumnos más pequeños, actividades creativas escolares, talleres para sensibilizar a las familias.

Conclusiones: se detecta una dieta cariogénica y falta de información sobre los azúcares, especialmente de los ocultos. La mayoría afirma conocer los hábitos de higiene. La alta prevalencia de caries sugiere que la técnica es incorrecta y falta supervisión parental. Proponen actividades escolares y comunitarias para mejorar la salud bucodental y sensibilizar a la comunidad. Son necesarias estrategias para mejorar el cepillado, fomentar la supervisión parental, promover la prevención y empoderar a la comunidad.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SERGIO MORENO RUIZ
BENILDE FONTOBA POVEDA
BEATRIZ PRESUMIDO PINTO

Contacte:
herzyo89@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8427

Comunicació:
PÒSTER

Tumor glial multifocal

Àmbit del cas: atenció primària, urgències hospitalàries.

Motivo de consulta: cefalea, inestabilitat de la marxa de 3 dies de evolució.

Historia clínica: enfocament individual

Antecedents personals: HTA, diabetes *mellitus* de tipus 2 (DM2), dislipidèmia. Sin antecedents mèdics coneguts ni hàbits tòxics. **Antecedents familiars:** avia materna con neoplasia cerebral a los 50 años. **Anamnesis:** home de 48 años que consulta por cefalea, inestabilidad de la marcha de 3 días de evolución. **Exploración física:** buen estado general, normotenso y afebril. Glicemia 207 mg/dl. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. Neurología: escala de Glasgow 15, orientado, obnubilado, bradipsiquia. Sin signos meníngeos. Claudicación en extremidad superior derecha, fuerza 3-4/5. **Orientación:** cefalea con criterios clínicos de alarma. **Derivado a urgencias:** analítica normal, electrocardiograma sin alteraciones. La tomografía computarizada cerebral muestra un proceso expansivo parietooccipital izquierdo con edema con efecto de masa. **Enfoque familiar:** vive en el domicilio de sus padres.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: orientado previamente como migraña, reconsulta por persistencia de la cefalea y clínica neurológica. Dada la refractariedad, la duración y la sintomatología neurológica asociada, se orienta como cefalea con criterios clínicos de derivación hospitalaria. Dentro del diagnóstico diferencial se incluye la posibilidad de accidente cerebrovascular, metástasis, tumor cerebral y malformación vascular.

Resonancia magnética cerebral: lesión de aspecto tumoral a nivel parietooccipital con presencia de lesiones satélite.

Tomografía por emisión de positrones: actividad hipermetabólica en tres lesiones distantes.

Tratamiento y planes de actuación: en sesión clínica multidisciplinar se valora la realización de una intervención quirúrgica para la resección completa de las lesiones.

Las biopsias intraoperatorias aportan confirmación histológica compatible con tumor glial de alto grado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En el ámbito de la medicina familiar es importante reconocer los signos y síntomas de alarma asociados a cefalea y sus criterios de derivación, así como realizar una completa exploración neurológica. En estadios iniciales, la clínica no es siempre evidente y conocer al paciente facilita la detección de alteraciones del nivel de consciencia, como sucedió en este caso.

ANA MARÍA CARBAJO GARCÍA
DAFNA SCHORR COHEN

Contacte:
anacg94@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8428

Comunicació:
PÒSTER

A propòsit d'un cas: urticària colinèrgica

Pacient de 17 anys que consulta per pruija generalitzada.

Antecedents personals: rinitis vasomotora, ansietat. Sense medicació habitual. Seguiment per psicologia.

Anamnesi, exploració i proves complementàries: refereix quadre d'un mes d'evolució de pruija generalitzada amb l'exercici físic i situacions d'estrès de 30 seg de duració sense lesions cutànies associades. Indica increment de clínica ansiosa amb l'inici del batxillerat. Nega canvis en l'alimentació o medicació o productes d'higiene nous.

Judici clínic, identificació de problemes i plans d'actuació: inicialment es relaciona amb somatització del quadre d'ansietat, però reconsulta per persistència i per l'aparició de plaques eritematoses i micropàpules al tronc, el coll i les extremitats superiors. S'assagen antihistamínics previs a l'activitat física, sense millora, fet pel qual se sol·licita interconsulta amb dermatologia. S'orienta com a probable urticària colinèrgica i s'inicia ebastina a dosis altes.

Conclusions: les malalties cutànies constitueixen el sisè motiu de consulta a atenció primària i la urticària és una malaltia comuna que afecta negativament a la qualitat de vida dels nostres pacients. Cal, per tant, emfatitzar el nostre rol en l'ampliació del coneixement en aquesta àrea.

La urticària colinèrgica és un subtipus d'urticària crònica induïble que es desencadena per l'augment de la temperatura corporal produït per banys calents, exercici físic o estrès emocional. Provoca pruija, coïssor o dolor punxant, eritema cutani i faves a qualsevol zona del cos, excepte als palmells, plantes i axil·les. En casos greus pot produir angioedema i anafilaxi. El diagnòstic es basa en l'avaluació clínica i els tests de provocació, i en el diagnòstic diferencial es contempla l'anafilaxi induïda per exercici dependent d'aliments, la urticària per calor, l'aquagènica i l'adrenèrgica. El tractament de primera línia són els antagonistes del receptor de la histamina H1 (H1RA), sovint a dosis altes. Altres estratègies contemplen antagonistes del receptor de la histamina H2 (H2RA), omalizumab, polsos d'esteroides o immunosupressors.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BENILDE MERCEDES FONTOBA POVEDA
SERGIO MORENO RUIZ
MANUELA MARTOS DENIA

Contacte:
bfontoba@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8429

Comunicació:
PÒSTER

Virasi amb parestèsies

Àmbit del cas: atenció primària i urgències.

Motius de consulta: aparició de parestèsies en virasi.

Història clínica

Enfocament individual: antecedents personals d'atòpia. Anamnesi: dona de 34 anys que viatjà als Emirats Àrabs Units i setmanes després presentà febre, artromiàlgies i diarrea. Tres dies després inicià parestèsies als peus esquerre i dret, amb una mà esquerra maldestra. Medicina familiar deriva a urgències. **Exploració:** auscultació normal. **Exploració neurològica:** sense relaxació d'esfínters, ni dificultat respiratòria, ni alteracions visuals, ni disàrtria. Hiperestèsia dels peus i de la mà esquerra; debilitat a l'extensor del carp, els dits i interòssia de la mà esquerra 4/5, reflexos musculotendinosos simètrics, resposta cutània plantar flexora; marxa, puntetes i talons normal. Progressió a paràlisi facial bilateral, debilitat de les extremitats inferiors, reflexos bicipital i rotulars asimètrics, estiloradials i aquil·lians abolits.

Proves complementàries: COVID-19: negatiu. **Analítica:** normal, proteïna C reactiva, 6,5 mg/l. Autoimmunitat negativa, hipergammaglobulinèmia policlonal, pèptids sintètic i anticossos específics indeterminats. Tomografia computada, punció lumbar (PL) i electrocardiograma normals. **Electromiograma (EMG):** ones F del nervi popliti intern bloquejades. Alentiment cubital al colze, reducció d'amplitud de conducció mitjana del colze i peroneu comuna. **Enfocament familiar i comunitari:** viu en família. **Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes:** l'aparició dels símptomes neurològics després d'una infecció vírica orienta a la síndrome de Guillem-Barré.

Poliradiculoneuropatia aguda autoimmune. **Diagnòstic clínic:** debilitat flàccida, hipoparestèsies, inicialment distal a les extremitats inferiors, ascendent progressiu, simètric amb areflèxia; PL i EMG el recolzen i la ressonància magnètica i la tomografia computada descarten patologies. **Diagnòstic diferencial etiològic:** metabòlic, infecció, musculoesquelètic, neurològic, vascular, tòxic. **Tractament i plans d'actuació:** immunoglobulines endovenoses 5 dies i rehabilitació precoç. **Evolució:** millora 14 dies després; resolució de la disgèusia, l'afectació motora i la sensitiva. Persistència d'astènia i cefalea. **EMG:** caiguda del potencial sensitiu del nervi sural esquerre, millora del bloqueig del nervi mitjà. Aparició espontània de l'aquil·là dret i l'extensor curt dels dits de la mà esquerra.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

L'anamnesi i l'exploració física són bàsiques per al diagnòstic i la derivació a urgències. L'inici precoç del tractament millora la recuperació i per al casos greus, rebre suport vital. Cal continuar la rehabilitació i la psicoteràpia a primària.

ANA HERNÁNDEZ GIRBÉS
JÚLIA THIÓ CASALS
MARIA DEL MAR VIDAL ORELL

Contacte:
anahdezgir@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8431

Comunicació:
ORAL

Herpes zòster disseminat infantil

Àmbit del cas: atenció primària i serveis d'urgències pediàtriques.

Motius de consulta: lesions cutànies.

Història clínica

Nena de 7 anys amb antecedents de prematuritat tardana, varicel·la als 2 mesos de vida sense complicacions, bronquitis de repetició, resecció d'adenoides i vacunació actualitzada.

Consulten al CAP per erupció vesicular a la zona baixa abdominal de 4 dies d'evolució. S'orienta com a herpes zòster sense indicació de tractament oral antiviral per l'evolució clínica de més de 72 hores. No obstant això, davant l'empitjorament, reconsulten 2 dies més tard. En la seva valoració s'observa una progressió clínica amb erupció papular amb vesícules agrupades sobre una base eritematosa distribuïda metamèricament seguint dermatomes T12-L1-L2 (s'inicia a nivell suprapúbic i progressa en hemicinturó esquerre fins a la zona lumbar esquerra). S'associen lesions satèl·lit en forma de pàpules eritematoses i vesiculososes disperses en el tronc superior i a nivell facial. No s'associa pruija ni dolor, tampoc febre. La pacient presenta un estat general conservat amb constants mantingudes. Davant del quadre progressiu i la seva intensitat és derivada al servei d'urgències de pediatria. Allí se sol·licita analítica sanguínia i destaca lleu leucopènia amb neutropènia i limfopènia, així com plaquetopènia, la resta sense alteracions. Es realitza també frotis de lesió vesicular.

Davant la impressió diagnòstica d'herpes zòster complicat amb disseminació cutània s'inicia tractament amb aciclovir 10 mg/kg, una dosi cada 8 hores, endovenosa amb conseqüent ingrès. S'amplia estudi amb analítica sanguínia per a valoració d'immunitat. La pacient ingressa pendent de resultats d'estudi.

Conclusions

Tot i que l'herpes zòster afecta principalment la població adulta, pot produir-se en infants immunocompetents quan la infecció primària (varicel·la) s'ha produït a una edat primerenca. Malgrat que les complicacions en infants sans són rares, s'han de tenir en compte per adequar el tractament i el maneig a seguir.

Es recull autorització per escrit per utilitzar les dades clíniques de la pacient per a recerca i docència.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANDREA CASCO TOSTA
CHARINEL RIVERA
VERÓNICA ALFONSO

Contacte:
andrea.casco84@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8432

Comunicació:
PÒSTER

Que no nos engañe la cervicalgia

Àmbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cervicalgia.

Historia clínica

Se trata de mujer de 62 años que trabaja como empleada del hogar.

Antecedentes patológicos: síndrome ansioso-depresivo.

Lectura de tensión arterial elevada en consulta sin diagnóstico.

Acude al servicio de atención continuada por cervicalgia. La diagnostican de contractura muscular, con alta a domicilio con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). A las 2 semanas reconsulta a su médico de familia por persistencia del dolor.

En la exploración física destacaba un dolor intenso a la palpación cervical y de los trapecios. Se le indican benzodiacepinas y AINE con una radiografía cervical ambulatoria.

A las 78 h, la paciente reconsulta al servicio de urgencias del hospital por pérdida de fuerza y sensibilidad de las cuatro extremidades. Se le realiza tomografía computarizada (TC) cervical con diagnóstico de fractura de luxación de C2 con afectación del canal medular.

Se traslada a la paciente al hospital de primer nivel, al servicio de neurocirugía. Durante la estancia sufre insuficiencia respiratoria y se procede a intubación orotraqueal. Posteriormente se realiza neumotórax. Se le realiza una TC torácica: masa pulmonar en lóbulo pulmonar inferior izquierdo, de aspecto neoproliferativo.

Juicio clínico: neoplasia pulmonar con metástasis única ósea en C2. Como diagnóstico diferencial se puede plantear un síndrome cervicobraquial de origen mecánico.

Conclusión

Se trata de una paciente con profesión de empleada del hogar y antecedente de síndrome depresivo. Por su trabajo es muy fácil encasillarla y banalizar sus síntomas. Lo cierto es que la incidencia de la cervicalgia por fractura espontánea es baja y la cervicalgia mecánica o banal es lo que más abunda en la consulta de un médico o médica de familia. Que no nos pierda la inercia y la rapidez del día a día. Hay que priorizar una buena anamnesis y una exploración física detallada.

ANNA BOADA PEIRÓ
BERTA FORNÉS OLLÉ
UMA MENAL DE ESCALADA

Contacte:
aboadapeiro@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8433

Comunicació:
PÒSTER

No escolto bé per l'orella dreta quan parlo pel mòbil

Descripció: pacient de 29 anys sense antecedents que consulta per hipoacúsia i acúfens a l'orella dreta, de 2 setmanes d'evolució. L'inici coincideix amb activitat de surf i nega immersió profunda. Sense altres símptomes associats.

Exploració: otoscòpia bilateral normal. Acumètria: Rinne positiu i Weber lateralitzat a l'orella esquerra. Exploració neurològica sense alteracions.

Orientació diagnòstica: hipoacúsia neurosensorial sobtada (HNSS).

Diagnòstic diferencial: infecció sifilítica, neurinoma de l'acústic, malaltia immunomediada, ototòxics, barotrauma, esclerosi múltiple.

Evolució: davant d'una HNSS s'inicia prednisona oral i és derivat a otorrinolaringologia de forma preferent amb estudi analític. Després de 7 dies es realitza audiometria tonal i verbal que mostra persistència d'hipoacúsia lleu (<30 dB) predominantment neurosensorial a l'orella dreta, i timpanometria normal. L'anàlisi objectiva hemograma normal, serologia luètica negativa i anticossos antinuclears negatius. Es decideix continuar el tractament amb corticoides amb pauta descendent cada 5 dies fins a completar un total de 25 dies, sense necessitat de realitzar corticoides intratimpànics. Es completa l'estudi amb una ressonància magnètica de base del crani amb gadolini de forma preferent, la qual mostra una lesió compatible amb schwannoma quístic extramural a l'angle pontocerebel·lós dret, amb un diàmetre de 40 x 18 mm. En aquests moments, el pacient es troba estable, sense canvis en la clínica ni en l'exploració física, a l'espera d'intervenció neuroquirúrgica.

Conclusió: el diagnòstic precoç de l'HNSS és de crucial importància per iniciar el tractament el més aviat possible per a un millor pronòstic de la malaltia. Hem de pensar en aquest diagnòstic quan trobem una hipoacúsia amb otoscòpia normal, acumètria amb Rinne positiu i Weber que lateralitza al costat sa. Davant la sospita és molt important iniciar prednisona a 1 mg/kg/dia en pauta descendent i realitzar una derivació a otorrinolaringologia de forma urgent per completar l'estudi. Les possibles causes poden ser una patologia infecciosa concomitant, metabòlica, hematològica, autoimmune, neurodegenerativa, accident cerebrovascular o fins i tot tumoral.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DIEGO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
LÍDIA MONTULL NAVARRO
ESTHER RIBES MURILLO
ALBA BELLÉS BELLÉS
PILAR VAQUÉ CASTILLA
ALFREDO JOVER SÁENZ

Contacte:
drodriguezr.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8434

Comunicació:
PÒSTER

Impacto de un programa de optimización antibiótica educacional institucional en atención primaria en presencia de infección comunitaria por *Clostridioides difficile* en un periodo de 5 años

Los programas de optimización antibiótica (PROA) comunitarios mejoran la prescripción antibiótica mediante acciones que evitan el uso indiscriminado antimicrobiano con impacto ecológico o nocividad, en especial de fluoroquinolonas, cefalosporinas y amoxicilina-ácido clavulánico (3E). La infección por *Clostridioides difficile* se muestra como consecuencia de la sobreutilización de los antimicrobianos y su ausencia supone un índice de calidad de uso y prescripción.

Objetivos: verificar el impacto del consumo global de antibióticos y específicamente de los evitables 3E, en la aparición de infección por *C. difficile*, en una región sanitaria con PROA comunitario y territorial interdisciplinar multimodal asesor no impositivo, tras 6 años.

Material y métodos: estudio cuasiexperimental antes-después, mediante datos del sistema nacional de facturación de recetas y resultados microbiológicos anonimizados. Cálculo de la variación de la utilización antibiótica global y 3E en el periodo preintervención (2014-16) frente al posintervención de 5 años (2017-2021). Se expresa en dosis diaria definida (J01) por 1.000 habitantes-día (DHD) el consumo antimicrobiano semestral global y 3E. La tendencia anual de enfermedad por *C. difficile* se muestra en la densidad de incidencia (DI) de nuevos casos por 10.000 habitantes-día.

Resultados: se realizaron 3.803 asesorías totales, 56,3% sobre uso de 3E. De ellas fueron suspendidas o modificadas 1.584 (70,1%). Las DHD promedio globales entre periodos disminuyeron -0,095 (desviación estándar [DE]: 0,325) ($p < 0,0001$). Las asociadas a 3E cayeron un 39,1%, de 1,126 (0,093) en 2014-16 a 0,686 (0,016) en 2017-21 (diferencia media -0,439; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,342 a -0,536; $p < 0,0001$). La DI de *C. difficile* se redujo de 0,28 (IC 95%: 0,17 a 0,45) en 2016 a 0,13 (IC 95%: 0,09 a 0,17) en 2021 ($p < 0,0001$). El efecto absoluto posintervención es de -0,152 y el efecto relativo de prevención es del 32,6% ($p < 0,0001$).

Conclusiones: nuestros datos sugieren que un PROA en atención primaria específico mejora el consumo antimicrobiano idóneo y global, y provoca una reducción significativa de la infección comunitaria por *C. difficile*.

DIEGO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
LÍDIA MONTULL NAVARRO
ESTHER RIBES MURILLO
ALBA BELLÉS BELLÉS
PILAR VAQUÉ CASTILLA
ALFREDO JOVER SÁENZ

Contacte:
drodriguezr.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8435

Comunicació:
PÒSTER

Impacto evolutivo microbiológico en la sensibilidad de *Staphylococcus aureus*, a partir de un programa de optimización antibiótica educacional comunitario

Los Programas de Optimización Antibiótica (PROA) mejoran la prescripción antibiótica mediante acciones que evitan el uso indiscriminado antimicrobiano con impacto ecológico, en especial fluoroquinolonas (FQ). Nuestra región sanitaria tiene un PROA institucional territorial interdisciplinar multimodal asesor no impositivo, con trascendencia en atención primaria (AP) desde 2017.

Objetivos: analizar el impacto del consumo de FQ y la evolución de la resistencia a oxacilina (infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina [MRSA]) y FQ de *S. aureus* en muestras biológicas comunitarias de 6 años.

Material y métodos: estudio cuasiexperimental antes-después mediante datos del sistema nacional de facturación de recetas y resultados microbiológicos anonimizados. Cálculo de la variación de la utilización de FQ preperiodo (2014-16) frente a posperiodo, 6 años después (2017-2022). Se expresa en dosis diaria definida (J01) por 1.000 habitantes-día (DHD) el consumo antimicrobiano semestral. La tendencia semestral de sensibilidad se muestra en densidad de incidencia (DI) de nuevos casos de resistencia a FQ por 1.000 habitantes-día, con desfase de un semestre. Tasa de MRSA como cociente de nuevas muestras resistentes respecto a las totales.

Resultados: asesorías totales 3.803, el 14,6% sobre uso de FQ. Fueron suspendidas o modificadas 410 (74%). DHD FQ preperiodo: 0,311. El consumo en FQ cayó por semestre -0,021 (0,032), con decrecimiento adicional asociado a las asesorías de -0,2 (intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,4 a -0,1) ($p < 0,001$). Efecto absoluto y relativo de finales de retirada posintervención -0,158 y 50,91 %, respectivamente. Se analizaron 3.243 muestras. La DI de *S. aureus* resistente a FQ preperiodo fue de 0,281 casos. Las DI decrecieron en -0,112 casos al final del periodo PROA (IC95%: -0,114 a -0,109), $p < 0,001$, con una reducción relativa del 50,6%, $p < 0,001$. Las tasas de MRSA cambiaron de 26,5% (108/408) en 2016 a 18,1% (86/474) en 2022 ($p < 0,001$).

Conclusiones: nuestros datos sugieren que un PROA en atención primaria específico mejora el consumo de FQ e impacta en una reducción significativa de *S. aureus* resistente a FQ y MRSA comunitarios.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ENRIC ARAGONÉS BENAIGES
CONCEPCIÓ RAMBLA VIDAL
CATARINA TOMÉ PIRES
GERMÁN LÓPEZ-CORTACANS
ELISABET SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
JORDI MIRÓ

Contacte:
earagones.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8438

Comunicació:
ORAL

Impacte del dolor en els resultats del tractament de la depressió a l'atenció primària

Objectiu: en atenció primària el dolor i la depressió freqüentment coexisteixen en els pacients. Tanmateix, l'impacte que aquesta comorbiditat pot tenir en els resultats del tractament no es coneix prou bé. En aquest estudi avaluem prospectivament l'impacte de la severitat del dolor en els resultats del tractament de la depressió.

Mètodes: s'analitzen dades de la cohort de l'estudi DROP, un assaig controlat aleatoritzat per avaluar l'efectivitat d'un programa per al maneig integrat de dolor musculoesquelètic crònic i depressió. Els *outcomes* estudiats són la resposta al tractament de la depressió (millora = 50% respecte a la puntuació basal) i la remissió de la depressió 3 i 6 mesos després.

Resultats: hem analitzat una mostra de 328 pacients amb dolor crònic i depressió (crònica en el 58% dels casos). El 83% eren dones i la mitjana d'edat era de 60,3 anys (desviació estàndard [DE] = 10,2). El 62% presentaven dolor moderat i el 38% dolor sever (Brief Pain Inventory de 4-6 punts i de 7-10 punts, respectivament). Al cap de 3 mesos, el 82,3% dels pacients avaluats presentaven resposta insuficient i el 85,1% no havia assolit la remissió. Al cap de 6 mesos eren el 73,0% i el 78,5%, respectivament. En els models multivariats (ajustats per edat, sexe, severitat de la depressió i branca de l'assaig clínic –intervenció o control–), les *odds ratio* (OR) pel fet de tenir una resposta insuficient en presència de dolor sever en comparació amb dolor moderat eren OR = 1,7 (interval de confiança [IC] del 95% = 0,8-3,2; p = 0,078) al cap de 3 mesos i OR = 2,2 (IC95% = 1,2-4,0; p = 0,012) al cap de 6 mesos. Per a la no remissió, OR = 1,7 (IC95% = 0,7-4,3; p = 0,252) al cap de 3 mesos i OR = 2,3 (IC95% = 1,0-5,5; p = 0,047) al cap de 6 mesos.

Conclusions: la severitat del dolor és un predictor de mala resposta al tractament i de no remissió de la depressió, amb resultats estadísticament significatius al cap de 6 mesos. És versemblant que un millor reconeixement, avaluació i tractament del dolor comòrbid podria millorar els resultats del tractament de la depressió.

CARLA ENGEL MATAS
CRISTINA ALONSO MASANAS

Contacte:
carlaengel02@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8439

Comunicació:
PÒSTER

Longitudinalitat, revalorar per encertar

Dona de 67 anys que acudeix per dolor engonal.

Antecedents: osteoporosi diagnosticada el 2021 per densitometria (DMO) amb *T-score* de columna -4,2 i de maluc -3,2, en tractament amb bifosfonats que la pacient sol·licita retirar per implants dentals. S'expliquen els riscos que assumeix.

Sociofuncional: independent, viu amb el marit i té bon suport familiar.

El desembre de 2022 acudeix per dolor intens en zona engonal esquerra de 3 setmanes d'evolució, sense antecedent traumàtic. Dolor a la palpació de la zona engonal i limitació del balanç articular, sense masses palpables.

Exploracions: se sol·licita radiografia que no mostra fractures i, posteriorment, ecografia que objectiva massa sòlida heterogènia a múscul obturador. Es completa estudi amb ressonància magnètica que informa de fractura de símfisi púbica i de la branca isquiopubiana, i ocupació patològica del múscul obturador amb extensa afectació infiltrativa òssia en ossos pèlvics.

Diagnòstic diferencial: infiltració neoplàsica abscesificada, miositis i malalties reumatològiques. S'informa la pacient del ventall diagnòstic, s'acompanya, es resolen dubtes i es deriva a unitat de diagnòstic ràpid (UDR).

La UDR ingressa la pacient per completar l'estudi. Es realitza biòpsia de la col·lecció amb cultius negatius, punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) no valorable i estudi d'extensió negatiu. Es descarta patologia neoplàsica i infecciosa. Se sol·licita DMO: *T-score* de columna -3,5 i de maluc -3,0. S'orienta com a osteoporosi establerta amb fractura patològica. Es recomana reiniciar bifosfonats, calci i vitamina D.

La longitudinalitat ens ha permès anar valorant el cas, seguir l'estudi davant les troballes, detectar signes d'alarma i acompanyar davant la sospita diagnòstica de malignitat, i s'han evitat demores innecessàries. El procés ha estat incert, tant per a la pacient com per als familiars i per a l'equip sanitari, però ha ajudat a enfortir el vincle metgesses-pacient. Creiem que és molt important, sobretot en situacions de males notícies, mantenir-se proper al pacient i al seu entorn, així com acompanyar en la incertesa.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA GONZÁLEZ RUIZ
SARA COSTELA LOZANO
MARTA BUERA POTAU

Contacte:
algonzalez.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8440

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, no puc empassar

Pacient de 56 anys sense antecedents d'interès que acut a consulta per febre, odinofàgia i disfàgia a líquids de 24 hores d'evolució.

Pacient febril i taquicàrdic. En l'exploració física presentava bon estat general, eupneic i canvis en la tonalitat de la veu; l'orofaringe no mostrava signes inflamatoris ni presència de cap cos estrany.

Davant d'aquestes troballes, la sospita clínica inicial va ser d'epiglòtitis, per la qual cosa es va sol·licitar una radiografia cervical, que va permetre observar el signe de la empremta digital a nivell epiglòtic. Seguidament es va procedir a la derivació del pacient a urgències de l'hospital de referència per a tractament antibiòtic endovenós, monitorització estreta i maneig avançat de la via aèria si era necessari.

L'epiglòtitis en adults és una entitat rara i amb unes característiques diferents a la típica epiglòtitis infantil (tríada clàssica: salivació, disfàgia i dificultat respiratòria amb veu confusa). Això és degut a les diferències anatòmiques entre infants i adults. Els infants tenen un diàmetre de la via aèria més petit i és menys distensible, l'occipit és més gran i prominent, fet que afavoreix la flexió cervical. La mida de la llengua també és més gran. La laringe es troba en una posició més anterior i cefàlica i l'epiglòtis està més verticalitzada.

En els adults, per tant, les manifestacions clíniques són més subtils. Habitualment aquesta entitat apareix amb disfàgia, odinofàgia i febre, sense anar acompanyades necessàriament d'estridor o dificultat respiratòria. Tot i això, si no s'estableix un diagnòstic i un tractament precoç, les conseqüències poden ser fatals i progressar a obstrucció de la via aèria i parada cardiorespiratòria.

En conclusió, el diagnòstic ràpid de l'epiglòtitis des de l'atenció primària és fonamental per a una intervenció precoç i evitar, així, la progressió del quadre.

ALEXANDER TOMÉ BAENA
ALBA GILI SERAROLS
ALUMEDA BATLLE LOZAR
MARTA MONCLÚS GONZÁLEZ

Contacte:
alexander.tome@sanitatintegral.org

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8441

Comunicació:
ORAL

Intervención grupal para jóvenes y adolescentes en situación de soledad no deseada

La demanda indirecta de jóvenes y adolescentes por problemáticas con el consumo de pantallas y el aislamiento social se ha disparado. Mientras, los profesionales sanitarios y comunitarios necesitan generar espacios de confianza para esta población y reducir los riesgos para su salud biopsicosocial.

El objetivo de la presente intervención es generar espacios grupales para la gestión de la soledad, mediante el aprendizaje del manejo emocional y promover la construcción de herramientas psicosociales entre iguales.

Diferentes profesionales han participado en el proyecto, hasta ahora, a medio camino en su aplicación. Se le ha llamado *DeSoledad*. Sus colectivos de procedencia han sido psicología y medicina comunitaria. Otros activos comunitarios movilizados para promocionar hábitos saludables generaron actividades deportivas que contribuyeron en la intensidad de la mejora producida desde la intervención.

La intervención grupal consta de dos grupos hasta la fecha, con un modelo revisado y mejorado en el segundo. Pertenecen a una intervención sistémica compuesta por cuatro intervenciones grupales, de diez sesiones semanales de 90 minutos. Los participantes son usuarios de atención primaria de entre 13 y 24 años. Se entrevistó a los candidatos para excluir sintomatología psicológica aguda. Se realizaron mediciones pre y posintervención para evaluar su bienestar emocional y su apoyo social, además de medir postsesión la actividad grupal para el primer grupo (AAG).

La mejora en los indicadores de soledad no deseada es estadísticamente destacable. Tras los dos primeros grupos de apoyo ha aumentado en un 28% el bienestar emocional de los participantes y en un 11% su soporte social.

Se pretende hacer los dos siguientes pasos de la intervención a partir de septiembre de 2023, e implicar a los padres de los participantes en los dos primeros grupos para generar un cambio estable y duradero a nivel sistémico.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PABLO GALLEGO NICOLÁS
SERGIO MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
ESTER ANDREU MAYOR
MARIA ANTONIA LAFARGA GIRIBETS
MARI CRUZ URGELÉS CASTILLÓN
EDUARD PEÑASCAL PUJOL

Contacte:
pablogallegonicolas@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8442

Comunicació:
ORAL

El grosor de la fascia plantar es un predictor de mal control de la diabetes *mellitus* de tipo 2

Objetivo: medir mediante ecografía el grosor de la fascia plantar (FP) de pacientes diagnosticados de diabetes *mellitus* de tipo 2 (DM2) con 5 años de evolución para determinar la relación entre el espesor de la FP y el control de la DM2 y la aparición de complicaciones en esta.

Material y métodos: estudio prospectivo observacional en usuarios del área de salud urbana. Período de estudio: 01/10/2022-31/01/2023. Se realizaron ecografías de la FP en 98 pacientes con DM2 de dos cupos. Habían firmado el consentimiento informado y cumplían los criterios de inclusión, es decir, ≥ 30 años, ≥ 5 años de evolución de la DM2, tres valoraciones de HbA_{1c} venosa realizadas 5 años antes de la fecha de inclusión y al menos una revisión con cámara no midriática, monofilamento y detección de microalbuminuria. Un paciente fue excluido por alteraciones anatómicas del pie.

Las variables continuas se expresan en promedios, con desviaciones estándar como indicador de dispersión. Las variables categóricas se expresan en frecuencias absolutas y relativas. La relación grosor de fascia-complicaciones derivadas se ha evaluado mediante ANOVA. La relación entre grosor de FP y otras variables continuas, con la correlación de Spearman. La significación estadística es de $p < 0,05$. Los datos se han extraído mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: se encontró una relación significativa entre el grosor de la FP derecha y la presencia de albuminuria (0,2934 vs 0,2491; $p = 0,012$). Se obtuvo un aumento del grosor en el pie derecho (0,2958 vs 0,2500; $p = 0,008$) y en la media de ambos (0,2955 vs 0,2577; $p = 0,024$) con la toma de inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (IDPP4). El uso de sulfonilureas también se asociaba a un aumento de grosor en ambos pies (derecho: 0,2704 vs 0,3159; $p = 0,040$; e izquierdo: 0,2726 vs 0,3371; $p = 0,007$, y en ambos: 0,2715 vs 0,3264; $p = 0,010$).

Conclusión: los resultados sugieren que la relación entre el grosor de la fascia y las variables examinadas es compleja. No puede afirmarse categóricamente que haya una relación clara. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor esta relación y considerar otros factores que puedan influir en los resultados.

VERÓNICA ALFONSO REYES
CHARINEL RIVERA DE LA ROSA
ANDREA CASCO TOSTA

Contacte:
valfonso.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8443

Comunicació:
PÒSTER

No toda fiebre es gripe. Analicemos...

Consulta de atención primaria.

Motivo de consulta: fiebre.

Historia clínica: enfoque individual

Antecedentes personales: hipotiroidismo, abortos de repetición.

Anamnesis: mujer de 35 años que inicia fiebre vespertina y astenia intensa, que se mantiene más de 3 semanas, con estado general regular. Posteriormente debuta con artromialgias, sudoración nocturna profusa y tumefacción monoarticular. En la consulta comenta un afta oral recidivante y finalmente acude por un afta genital, que nunca había tenido. Niega uveítis, fotosensibilidad o trombosis.

Pruebas complementarias: hemograma con linfopenia y linfocitosis. Virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y virus de la varicela zóster negativos. Factor reumatoide i anticuerpos ANA negativos. Velocidad de sedimentación globular de 27 mm/h, proteína -C reactiva de 0,74 mg/dl. Herpes 1 y 2 inmunoglobulina G positivos, radiografía de tórax normal, etc.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: la fiebre de etiología desconocida es la temperatura corporal $\geq 38,3$ °C medida por vía rectal que no es el resultado de una enfermedad autolimitada, rápida mortal o de un trastorno con síntomas o signos de localización claros, ni se asocia con anomalías en las pruebas comunes como radiografías de tórax, análisis de orina o hemocultivos. Tiene una etiología variada: infecciones, trastornos del tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico, enfermedades de Behçet y de Still, neoplasias, etc.

Nuestra paciente es derivada al servicio de reumatología con sospecha de enfermedad de Behçet. Se amplía estudio y se confirma el diagnóstico.

Tratamiento y planes de actuación: desde atención primaria se inició tratamiento corticoideo con prednisona 30 mg/d y se inició pauta reductora, actualmente 5 mg/d. Durante el seguimiento en consulta de primaria se evidenció una mejoría considerable de la sintomatología y el control total de la fiebre.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia

El síndrome de Behçet es una enfermedad rara caracterizada por aftas orales recurrentes y cualquiera de varias manifestaciones sistémicas que incluyen, fiebre, aftas genitales, enfermedades oculares, lesiones cutáneas, enfermedades neurológicas, artritis, etc.

La paciente había tenido varios abortos. Tras el diagnóstico y tratamiento se encuentra actualmente embarazada.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALEXANDRA RABAT GUERRERO
LOURDES BONET SELGA
BRYAN STIVEN GARCÍA GONZÁLEZ

Contacte:
arabat.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8447

Comunicació:
PÒSTER

La gran imitadora

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 53 anys presenta des de fa 2 mesos visió borrosa bilateral de predomini a l'ull dret. Ha empitjorat la última setmana fins a gairebé l'abolició de visió de l'ull dret. Cap altre símptoma acompanyant.

Antecedents: portador d'anticossos del virus de la immunodeficiència humana (VIH) des del 2011, tractat amb antiretrovirals.

Exploració física: agudesa visual de l'ull dret: no compta els dits; de l'esquerre: compta els dits a més d'1 m. No té l'ull vermell ni dolor ocular. L'exploració neurològica és normal. **Diagnòstics diferencials:** disminució de l'agudesa visual bilateral, cataractes, neuropaties òptiques inflamatòries i corioretinitis seroses centrals. **Es deriva urgentment a oftalmologia. L'exploració destaca:** retinitis placòide sifilítica bilateral. Amb sospita de sífilis ocular s'ingressa a medicina interna amb tractament precoç amb penicil·lina G sòdica.

Exploracions complementàries: electrocardiograma, radiografia de tòrax i tomografia computada cranial sense alteracions. **Analítica sanguínia:** proteïna C reactiva 13,6 mg/dl i velocitat de sedimentació globular 41 mm/h. Serologia VIH positiva. Limfòcits T4 (CD4) 48%. Càrrega viral VIH no detectable. Reagina plasmàtica ràpida (RPR) 1/250; hemaglutinació de *Treponema pallidum* (TPHA) i immunoassaig d'enzims *T. pallidum* (TP.EIA) positius. Estudi luètic del líquid cefalorraquídi negatiu.

Evolució: durant 15 dies rep tractament endovenós i presenta millora progressiva de l'agudesa visual.

Conclusió: les manifestacions oftalmològiques de sífilis apareixen típicament durant la fase secundària i poden afectar qualsevol segment del globus ocular. Els pacients amb VIH i lues les pateixen amb més freqüència, i augmenta el risc d'afectació bilateral i d'extensió al pol posterior, fet que provoca una gran pèrdua de visió.

En el transcurs de la infecció per sífilis no sempre hi ha símptomes (en aquest cas no hi havia constància d'una fase primària), cosa que dificulta el diagnòstic i el tractament. Sense tractament, la sífilis evoluciona per etapes (primària, secundària, fase de latència i terciària). Cal tenir present que el diagnòstic pot fer-se en qualsevol d'aquestes fases. D'aquí la importància d'un diagnòstic precoç per evitar la progressió de la malaltia i alhora tallar cadenes de transmissió. L'augment progressiu de la prevalença de la sífilis fa que s'hagi de tenir present en molts diagnòstics diferencials.

LOURDES BONET SELGA
ALEXANDRA RABAT GUERRERO
BRYAN STIVEN GARCÍA GONZÁLEZ

Contacte:
mbonet.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8448

Comunicació:
PÒSTER

El que s'amaga darrere l'astènia

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 26 anys que consulta per astènia i algun episodi de marejos al matí, des de fa 2 mesos.

Història clínica

Sense antecedents patològics d'interès ni tractament farmacològic habitual.

Exploració física: tensió arterial de 106/86 mmHg, la resta dins de la normalitat.

Es realitza una analítica basal on tots els paràmetres estan dins de la normalitat.

Després d'1 mes reconsulta per persistència de l'astènia, nàusees més freqüents al matí, vòmits i polidipsia.

En aquesta ocasió es realitza de nou analítica amb ionograma. Destaca una hiperpotassèmia de 6,62 mmol/l i hiponatrèmia de 130 mm/l.

Davant de la clínica i els resultats analítics es deriva el pacient a medicina interna, on es realitza una tomografia computada abdominal que es troba dins de la normalitat. En l'estudi de l'eix corticosuprarenal es diagnostica malaltia d'Addison d'etiologia idiopàtica.

En el diagnòstic diferencial d'astènia es podria pensar en: hipotiroidisme, anèmia ferropènica, miopaties o simptomatologia psiquiàtrica.

Davant de la hiponatrèmia s'haurien de descartar la síndrome de secreció inadequada de l'hormona antidiürètica (SIADH), cardiopatia congestiva, hepatopatia o tractament amb diurètics.

Es pauta tractament amb hidrocortisona i fludrocortisona, amb millora significativa de la simptomatologia. Segueix controls periòdics a endocrinologia.

Conclusions

La malaltia d'Addison o insuficiència suprarenal és una patologia poc freqüent. És una hipofunció progressiva de l'escorça suprarenal. El diagnòstic és clínic i es confirma amb la troballa de concentracions elevades de corticotropina (ACTH) amb concentracions plasmàtiques baixes de cortisol. El tractament depèn de la causa, però habitualment es pauta hidrocortisona i ocasionalment altres hormones. A l'atenció primària no s'ha de menystenir cap simptomatologia per molt banal que sembli en un primer moment. Davant d'una clínica d'astènia pot acabar sorgint una entitat patològica clarament rellevant. És important, per tant, el nostre paper a l'hora de fer unes bones anamnesi, exploració física i proves complementàries i d'aquesta manera arribar a una orientació diagnòstica més acurada.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTA GARCÍA TORRES
XAVIER CARBONÉS
DANIEL PLANCHUELO

Contacte:
marta.conver@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8449

Comunicació:
PÒSTER

El singlot... I el que hi ha darrere d'ell

Àmbit: atenció primària d'àmbit rural.

Motiu de consulta: singlot persistent.

Història clínica

Home de 65 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2, dislipèmia i malaltia d'Adisson estable, i ingrés recent per sèpsia d'origen respiratori i crisi addisoniana amb hiponatrèmia moderada. A l'alta s'augmenta el tractament substitutiu amb fludrocortisona 0,1 mg/24 h.

Consulta al nostre centre 2 setmanes després de l'alta per singlot persistent de 4 dies d'evolució que dificulta el descans nocturn i refereix un episodi de vòmit aïllat. Sense cap altra simptomatologia.

Exploració: pressió arterial (PA) de 132/75 mmHg, 76 bpm, saturació d'oxigen del 99%, temperatura de 36 °C, glicèmia de 216 mg/dl. Exploracions cardiopulmonar, neurològica, abdominal, cutània i otorrinolaringològica sense alteracions.

Evolució: inicialment s'administra haloperidol i Primperan®, però són poc efectius. El pacient reconsulta en repetides ocasions per persistència del singlot. Per sospita d'espasme esofàgic s'administra glucagó intramuscular i s'aconsegueix el cessament de la clínica durant 5 dies, però posteriorment té una nova reparació. Es deriva a urgències hospitalàries per ampliar l'estudi. A l'anàlítica destaca hiponatrèmia euolèmica (Na 122 mEq/l), es reposa la natrèmia i es dona d'alta. Una setmana després reapareix el singlot. En l'exploració al nostre centre destaca una PA de 90/63 mmHg i 110 bpm. Es decideix una nova derivació hospitalària i s'objectiva a l'anàlítica sanguínia: Na 121 mEq/l i K 4,88 mEq/l. S'ingressa per insuficiència suprarenal, s'administra hidrocortisona a dosis elevades i s'aconsegueix estabilització hemodinàmica, normalització iònica i cessament del singlot.

Judici clínic: singlot persistent en context d'hiponatrèmia secundària a insuficiència suprarenal.

Tractament: a l'alta, augment de fludrocortisona i controls a endocrinologia.

Conclusions

El singlot persistent pot ser la primera manifestació d'una malaltia greu. És essencial una anamnesi i una exploració completes per orientar la seva etiologia. La hiponatrèmia ha de ser considerada en el diagnòstic diferencial. En cas de sospita de malignitat o dubtes diagnòstics cal derivar el pacient. La teràpia s'ha de dirigir primer a la causa del singlot (si s'identifica) i després al singlot en si mateix, si és necessari.

ÁNGELA PASCUAL ZAMORA
DEBORAH ABELLÓ BOTTOMLEY
IRENE DEL AMO MURIA

Contacte:
angelaapz@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8450

Comunicació:
PÒSTER

De una alergia a antibiòtic a una mononucleosis. ¡La clave está en el hemograma!

Mujer de 19 años, sin alergias ni antecedentes patológicos, acude a la consulta para derivación al alergólogo. Unos días antes había consultado en urgencias por fiebre y odinofagia de 3 días de evolución, sin mejoría con antiinflamatorios. La analítica realizada en urgencias mostró elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con linfocitos atípicos. Se orientó como faringitis, se pautó amoxicilina y tratamiento sintomático. La paciente acudió a las 48 horas a su médico por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas y generalizadas, para estudio de alergias a la penicilina.

En la exploración física destacó febrícula, orofaringe hiperémica sin exudados, con adenopatías submandibulares no dolorosas y *rash* maculopapular pruriginoso generalizado, sobre todo en el tronco, con afectación palmoplantar que desaparece a la presión. La revisión de la analítica realizada en urgencias, con la presencia de linfocitos atípicos en el hemograma, hizo sospechar el diagnóstico final: *rash* maculopapular inducido por amoxicilina en infección por virus de Epstein-Barr (VEB).

Se han descrito dos entidades fundamentales cuando aparece un *rash* en un contexto de infección por VEB: 1) Una erupción cutánea espontánea por el propio VEB, (aparece entre los días 1º y 6º, afecta tronco y respeta extremidades), y 2) *Rash* maculopapular inducido por la toma de antibiòtic (afectación más severa en tronco, tórax y extremidades, con afectación palmoplantar). La orientación diagnòstica inicial tras la aparición de una erupción cutánea secundaria a la toma de antibiòtic es la alergia a ese antibiòtic. En nuestro caso, a parte de la clínica, la presencia de linfocitosis con linfocitos atípicos hizo sospechar una infección vírica por VEB. La confirmación de dicha infección se realizó mediante la determinación de anticuerpos inmunoglobulina M contra VEB, que fue positiva, lo que confirmó nuestra sospecha. Para el diagnóstico de la infección, la presencia de linfocitos atípicos en el hemograma de urgencias fue clave.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PATRICIA MONTENEGRO LAFONT
DAVID ANGUERA MONLLAU
SANDRA PLA SERO
CATALINA FONS GAYA
NATALIA MARTÍ JOSÉ

Contacte:
pmontenegro@capsarria.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8453

Comunicació:
PÒSTER

Detecció i seguiment dels pacients d'MPOC en atenció primària: perspectives pre i postpandèmia

Objectiu: determinar la prevalença pre i post-pandèmia de pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Material i mètodes: estudi observacional descriptiu de tall transversal en un centre de salut urbà. Tots els pacients amb diagnòstic d'MPOC fins al maig de 2023.

Variables: edat, sexe, data del diagnòstic, data de la darrera espirometria registrada.

Anàlisi estadística descriptiva amb mitjanes i percentatges.

Limitacions: errors de registre d'espirometries. Seguiment en centres externs.

Aspectes legals: s'avaluen dades anonimitzades i es manté la seguretat dels pacients.

Resultats: la prevalença de l'MPOC es va calcular el maig de 2023 en un 3,13%. La mitjana d'edat va ser de 74 anys. La prevalença augmentava amb l'edat. El pic màxim era als 65-80 anys. No es van detectar diferències entre sexes. La incidència acumulada (IA) ha augmentat progressivament. Amb la pandèmia, el 2020 es van detectar 42 casos nous (IA: 0,11% amb interval de confiança [IC] del 95%) en comparació amb 109 el 2018 (IA: 0,29% amb IC95%) i 140 el 2022 (IA: 0,37% amb IC95%), quan la pandèmia s'havia controlat. Augment de la prevalença el 2023 (3,13%) davant del 2019 (2,2%). Seguiment de pacients d' MPOC: el 29,13% dels casos tenen registrada una espirometria en algun moment. El 17,7% tenen una espirometria del darrer any.

Conclusions: la prevalença calculada és similar a l'estimació nacional (3,4% a l'últim informe del Sistema Nacional de Salut, 2020-2021): amb l'esperable augment global de l'MPOC, és probable que hi hagi infradiagnòstic.

A la mostra, la prevalença ha augmentat els últims anys, possiblement per l'augment del cribratge i del registre. La prevalença més gran va ser en un tram d'edat més jove (65-80 anys) que la nacional (>80 anys el 2020-2021). La pandèmia va endarrerir els probables diagnòstics del 2020. Es pot esperar que això generi un augment de la IA comparada amb el període pre-pandèmia. El registre d'espirometries és baix i el seguiment amb espirometria anual es fa en menys d'una quarta part dels casos.

MÓNICA RODRÍGUEZ GARRIDO
MIRIAM ARGENTE REVUELTO

Contacte:
monicarodriguezgarrido@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8454

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, l'osteòpata m'ha deixat baldat

Àmbit: servei d'urgències d'atenció primària (AP).

Motiu de consulta: dolor toràcic de 24 h de duració.

Home de 31 anys, SAMC, antecedents personals d'hipotiroidisme subclínic en tractament amb Eutirox® 125 mcg/dia. Refereix dolor a nivell paravertebral dret de 24 h d'evolució, d'inici progressiu després d'una sessió de punció seca a nivell dorsal. Afebril.

En l'exploració, 80 bpm, pressió arterial de 110/70 mmHg, saturació d'oxigen basal del 99%. Dolor a la palpació a nivell de zona paravertebral dorsal dreta. Destaca a l'auscultació la hipoventilació de l'àpex dret.

Se li realitza radiografia de tòrax urgent.

Orientació diagnòstica: pneumotòrax apical dret.

Maneig: ingrés a cirurgia toràcica 24 h per a observació i seguiment. No ha requerit drenatge.

Discussió: el pneumotòrax és una complicació molt infreqüent (0,001%) i potencialment greu, que s'ha de valorar en pacients que presenten dolor toràcic després d'una sessió de punció seca. En la majoria de casos no precisa drenatge perquè es tracta de pneumotòrax petits.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ROSA LLOVET FONT
MARTA LLARDÉN GARCIA
GEMMA PASCUAL SOL
MANEL PENYA ARNÁIZ

Contacte:
rosa.llovet@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8455

Comunicació:
PÒSTER

L'art aplicat al benestar del professional sanitari

Introducció: humanitats, art i medicina han tingut una relació dinàmica, segons les necessitats i el progrés de la societat.

D'aquesta manera l'art jugaria un rol transcendental en formar-nos en habilitats humanístiques, tant per a l'exercici de la medicina, com per al nostre creixement interior.

Objectius de l'experiència: cada pacient és únic. Quan tenim davant un pacient, tenim en consideració l'edat, les condicions de vida, les comorbiditats, altres factors de risc, així com les seves actituds, expectatives i necessitats, els quals poden influir en l'adherència al pla terapèutic.

Les arts visuals, com la pintura, ens poden aportar aspectes importants com millorar les habilitats observacionals, augmentar el temps d'escolta o aprofundir en la compassió pel sofriment i l'empatia.

Descripció de l'experiència: en un primer moment es projecten tres pintures de caràcter figuratiu. El grup és invitat a reflexionar sobre cada pintura, un a un. Després cada participant és invitat a triar la imatge d'una persona d'algun dels quadres i parlar des d'una perspectiva en primera persona.

En un segon moment es visualitzen tres pintures abstractes. Després de l'observació de totes elles, cada participant tria un dels quadres i se li subministra una fotografia petita del quadre perquè observi de nou la pintura per a "submergir-s'hi" i deixar que les emocions sorgeixin. Es demana als participants que descriguin una situació significativa o desafiant amb un pacient.

Conclusions: el procés de mirar pintures uneix l'intel·lecte amb les emocions, és a dir, els components cognitius i els afectius. Ens permet treballar en la cura del professional de salut.

Aplicabilitat: la modalitat de sessions és un ritme dinàmic per donar sentit al "treball en equip" multidisciplinari, ja que no hi ha barreres entre els diferents estaments en l'àmbit sanitari i permet el treball com a individu dins del col·lectiu.

ROSA LLOVET FONT
VIRGINIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
MARTA LLARDÉN GARCÍA
GEMMA PASCUAL SOL

Contacte:
rosa.llovet@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8457

Comunicació:
ORAL

Aplicació d'una consulta de sistema locomotor en l'àrea bàsica de salut

Introducció: l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els desordres musculoesquelètics com el resultat de múltiples factors que afecten parts de l'aparell locomotor com músculs, tendons, cartílag, sistema vascular, lligaments o nervis.

L'Institut Nacional de la Seguretat Social i Higiene en el Treball mostra que el 35,4% dels enquestats a Europa considera que la seva feina afecta la seva salut i un de cada quatre (22,8%) refereix dolors musculars. Els problemes de salut més prevalents són lumbàlgia, cervicàlgia i omàlgia. Aquest terme està englobat en els desordres traumàtics acumulatius (*cumulative trauma disorders* [CTD]) no considerats com a patologia laboral i responsables d'un percentatge elevat d'anys de vida perduts per incapacitat.

Objectiu de l'experiència: dins d'aquests CTD, ens proposem un abordatge global de la patologia de l'espatlla. Per això s'ha establert un circuit d'assistència i resposta al pacient. S'ha centralitzat en la figura del referent d'aparell locomotor la valoració del pacient amb patologia d'espatlla d'origen no traumàtic i derivat pels altres companys de l'àrea bàsica de salut.

Descripció de l'experiència: es crearia una agenda on els companys del centre de salut podrien derivar els seus pacients amb omàlgia sense lesió traumàtica aguda, de manera que el pacient es beneficiaria d'una visita precoç amb el valor afegit que es podria fer una ecografia de l'articulació i, així, plantejar si és candidat a fisioteràpia o traumatologia, o si es pot beneficiar d'infiltracions.

Conclusions: es tracta d'un programa interessant ja que descongessa serveis amb important càrrega i demora, com el de traumatologia i rehabilitació. Aporta una agilització que pot beneficiar el pacient i el tractament precoç de la seva patologia.

Aplicabilitat: es tracta d'un circuit aplicable amb una coordinació a tres bandes: referent de locomotor del centre, cap de rehabilitació i unitat d'extremitat superior. Això permet una valoració àgil i la gestió de proves complementàries.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MERITXELL CALDERÓ SOLÉ
VIRGINIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
MARTA LLARDÉN GARCÍA
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA

Contacte:
mericaldero@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8459

Comunicació:
PÒSTER

Proves de detecció molecular de patògens urogenitals mitjançant la reacció en cadena de la polimerasa per al maneig de la piúria estèril

Objectiu de l'experiència: posar de manifest l'impacte disruptiu de les proves de detecció de patògens urogenitals mitjançant la reacció en cadena de la polimerasa (PCR) en orina en la pràctica clínica de la síndrome genitourinària i el maneig de la piúria estèril (PE) a l'atenció primària.

Descripció de l'experiència: la PE es defineix per la presència de 10 o més leucòcits per mm³ en mostra d'orina, en absència de bacteris en l'urocultiu. Els estudis poblacionals n'han evidenciat una elevada prevalença: 13,9% en dones i 2,6% en homes. En l'etiologia de la piúria estèril es distingeixen dues grans branques: les causes infeccioses i les no infeccioses. D'entre les primeres, les malalties de transmissió sexual (MTS) en són una de les més freqüents. Segons dades publicades el 2022 per l'OMS, cada dia s'infecten més d'un milió de persones per MTS. El 2020, l'OMS va estimar 374 milions de noves infeccions. L'ordre de prevalença és: clamídia (129 milions), gonorrea (82 milions), sífilis (7,1 milions) i tricomonos (156 milions).

En el nostre territori, des de fa uns 7 anys podem sol·licitar una PCR en orina per a tota persona amb síndrome genitourinària per a la detecció de patògens urogenitals.

Des que disposem de la PCR en orina com a eina diagnòstica són molts els casos inicialment orientats com a piúria estèril que han acabat essent diagnosticats d'MTS.

Conclusions i aplicabilitat: la PCR en orina ha marcat un canvi disruptiu en els següents aspectes de la pràctica clínica: el diagnòstic i maneig de la piúria estèril, una millor capacitat diagnòstica dels casos de disúria o síndrome genitourinària persistent amb urocultiu negatiu, amb un diagnòstic i tractament ràpids de les MTS a l'atenció primària i millorant-ne el tractament precoç i la vigilància epidemiològica poblacional.

MERITXELL CALDERÓ SOLÉ
VIRGINIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA
ROSA LLOVET FONT

Contacte:
mericaldero@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8460

Comunicació:
ORAL

Tests ràpids de detecció d'antígens: una millora significativa en el diagnòstic d'infeccions respiratòries d'alta prevalença i en la pràctica clínica dels metges de família

Objectius de l'experiència: posar de manifest el salt qualitatiu que ha suposat la possibilitat de realitzar diagnòstics etiològics basats en tests ràpids de detecció d'antígens virals en les infeccions respiratòries a l'atenció primària.

Descripció de l'experiència: a partir del 2020 han sorgit noves eines diagnòstiques d'aplicació a l'atenció primària per a la detecció simultània d'antígens de diversos virus a les mucoses respiratòries. Destaquem la comercialització dels kits d'antígens que inclouen quatre virus. El resultat s'obté en 5 minuts i en el propi punt assistencial. La irrupció dels kits ha donat lloc a nous escenaris clínics sobre els quals val la pena reflexionar.

Avantatges: permeten transformar diagnòstics sindròmics en diagnòstics etiològics d'alta precisió; tenen una sensibilitat i especificitat elevada; permeten adequar el tractament i disminuir la prescripció d'antibiòtics; permeten conèixer el comportament epidemiològic poblacional de les infeccions respiratòries i detectar onades epidèmiques en grups de risc (residències de gent gran, infants, treballadors de la indústria alimentària...). Altrament, el pacient pot entendre millor la malaltia, l'evolució i el tractament prescrit.

Inconvenients: durant unes setmanes va manca l'abastiment dels kits i l'activitat assistencial va tornar a ser sindròmica, amb increment de la càrrega d'incertesa diagnòstica i un retorn als tractaments empírics; increment de situacions de tensions comunicatives i, fins i tot, conflictes en la relació metge/essa-pacient, i el greuge comparatiu d'aquells que es podien comprar el test a les farmàcies respecte als grups vulnerables que no tenien intenció de comprar-lo.

Conclusions: a propòsit de la pandèmia de covid-19 s'ha ampliat el ventall de les infeccions en què es pot aplicar un test de diagnòstic ràpid en el punt assistencial.

Aplicabilitat: l'experiència descrita és una crida al sector de la planificació sanitària per considerar aquests kits com a eina indispensable en la prestació d'un servei sanitari de millor qualitat a la comunitat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTA SARRÓ MALLOQUER
M^a LIDÓN SERRANO BARRAGÁN

Contacte:
24905msm@comb.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8462

Comunicació:
PÒSTER

Jornades de residents

Fa 8 anys vam començar a fer una jornada mensual de formació amb els residents de medicina i infermeria de tres CAP de la nostra ciutat. L'objectiu era que fos una jornada docent que servís per ampliar coneixements i per afavorir els lligams entre els residents dels diferents CAP, així com per crear un vincle amb el territori on s'estan formant.

Actualment en portem 60 edicions. Els docents són majoritàriament professionals dels CAP: metges i metgesses, infermeria, treballadors i treballadores socials, personal administratiu, i ara també fisioterapeutes, psicologia i nutricionistes. Ocasionalment convidem experts externs.

La jornada es realitza a diferents espais del barri (CAP, sales de serveis socials, sala de regidoria...) segons les necessitats. Es divideixen els participants en dos o tres grups perquè sigui més participativa. També es fa cada any una passejada pel barri i se'ls presenta els diferents recursos i espais de què disposa. Un cop a l'any els residents presenten els seus treballs de recerca a la resta de companys, amb l'ajuda de personal tècnic de salut. Donat que els residents es troben durant un màxim de 4 anys al CAP, hi ha temes que considerem prioritaris i que es van repetint ocasionalment. Això també facilita l'organització i programació. Posteriorment se'ls passa un qüestionari d'avaluació de la jornada. Als docents se'ls acrediten les hores realitzades a través de la unitat docent del territori.

En general, considerem que les jornades de residents han aconseguit complir els seus objectius en tant que jornades docents, participatives i amenes, alhora que promouen la creació de llaços i vincles professionals a l'àmbit de l'atenció primària.

MARINA CELMA BERTRAN
ESTER RAS VIDAL
ELISABETH TAPIA BARRANCO

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8463

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, no me pasa la comida

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente hombre de 86 años consulta por disfagia para sólidos, con regurgitación inicial, pero consigue una correcta deglución al final, desde hace 2 meses. La disminución de la ingesta le ha provocado pérdida de 8 kg en este período de tiempo.

Historia clínica

Enfoque individual: antecedentes de hipertensión y adenoma de próstata, en tratamiento con lisinopril 20 mg/día, exfumador desde hace 24 años, sin alergias medicamentosas.

Exploración física: buen estado general, normocoloreado y normohidratado, abdomen blando y depresible sin masas. Analítica y radiografía de tórax sin alteraciones.

Gastroscopia: a 33 cm de la arcada dentaria se observa neoplasia esofágica extensa, exofítica y estenótica.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: ante la clínica se orienta como disfagia para sólidos con síndrome tóxico. El diagnóstico diferencial incluye estenosis esofágica, membranas, tumor esofágico, acalasia, esfínter esofágico inferior hipertensivo, lupus, neuropatía diabética y esclerodermia.

Tratamiento y evolución: la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de carcinoma escamoso ulcerado. Tomografía computarizada torácica: engrosamiento concéntrico esofágico distal sugestivo de proceso primario, ganglios en hilio hepático y en ligamento gastrohepático indeterminados, sin enfermedad a distancia. El paciente fue remitido a radioterapia descompresiva, no candidato a cirugía. Continúa controles con el servicio de paliativos.

Conclusiones

El carcinoma epidermoide esofágico es, junto al adenocarcinoma, la neoplasia esofágica de mayor importancia clínica. Los factores de riesgo son el tabaquismo, el alcoholismo y la historia previa de neoplasia de cabeza o cuello. Su tratamiento es la cirugía y la radioquimioterapia. Presenta una baja supervivencia en pacientes sintomáticos, inferior al 20% a los 5 años. Debemos ser cuidadosos y pensar en esta patología para llegar a un diagnóstico temprano y poder ofrecer una mayor supervivencia a estos pacientes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CLAUDIA ESTHER GUIZADA CHOQUE
ELISABETH TAPIA BARRANCO
ESTER RAS VIDAL

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8464

Comunicació:
PÒSTER

Paràlisi dissabte nit

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 24 anys acudeix a urgències per parèsia de la mà esquerra de 4 h d'evolució.

Història clínica

Refereix consum de drogues psicoactives (metilendioximetanfetamina [MDMA]) el dia abans a la nit (feia 8 h). Nega dolor a cap altre lloc, palpitations o mareig. Tampoc pateix alteració de la parla ni de la marxa. Ha consumit puntualment en altres ocasions, però mai havia tingut una simptomatologia similar. Explica que no ha dormit en les últimes 24 h i recorda haver estat recolzat sobre el colze esquerre.

Antecedents personals: sense interès.

Exploració i proves complementaries: conscient i orientat, normoacolorit i normohidratat. Exploració neurològica: pupil·les midriàtiques, isocòriques amb reflex fotomotor consensuat. Moviments oculomotors conservats, campimetria per confrontació normal. Proves complementàries sense alteracions. Parèsia de la mà esquerra, pèrdua de força a la flexió de la mà (2/5), extensió conservada i sense alteració de la sensibilitat. Reflex osteotendinós estilradial més dèbil a l'extremitat superior esquerra. Sense alteració de la sensibilitat a les extremitats superiors ni inferiors. Sense alteració de la marxa. Sense dismetria tot i la parèsia de la mà esquerra.

Electrocardiograma normal. Pressió arterial de 143/92 mmHg, 83 bpm. Tomografia computada (TC) cranial normal.

Enfocament familiar i comunitari: viu amb els pares.

Judici clínic: davant d'aquesta clínica, des de primària es va orientar com una neuropatia del nervi radial, però es va derivar a urgències hospitalàries per descartar un origen isquèmic. TC cranial normal. Es va diagnosticar de parèsia del nervi radial de grau 1 (nomes afectació motora). Va ser derivat a rehabilitació i va evolucionar correctament.

Conclusions

La neuropatia per compressió és relativament freqüent. El cas de paràlisi radial o "paràlisi del dissabte" nit és causat pel fet de quedar-se dormint amb el braç penjat o comprimit pel pes del cos. El diagnòstic és clínic, per anamnesi i exploració física. El pronòstic depèn del grau de lesió. En aquest cas fou un grau 1 i la recuperació és espontània en dies o setmanes.

CLAUDIA ESTHER GUIZADA CHOQUE
ESTER RAS VIDAL
ELISABETH TAPIA BARRANCO
ANNA MARIA ISACH SUBIRANA
XAVIER FLORESVI AUBIA
JOSEP BALSSELLS GHIGLIONE

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8465

Comunicació:
PÒSTER

El dolor abdominal a través de la ecografia en atenció primària

Objetivo: nuestro objetivo es analizar el uso de la ecografía en pacientes que consultan por dolor abdominal y valorar su resolución en la práctica asistencial en la consulta de atención primaria (AP).

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en área básica de salud urbana. Muestra: ecografías realizadas durante los meses de abril, junio y noviembre de 2022 (consulta realizada por médicos y médicas de familia formados para la técnica, un día por semana durante todo el año, excepto período vacacional). Se excluyeron los pacientes que no acudieron a la prueba. Datos recogidos: sexo, edad, patologías más relevantes del paciente, motivos secundarios, resultados, necesidad de derivación al especialista, si se precisó control en AP, resolución, si se precisaron estudios complementarios. Análisis estadístico mediante SPPS.

Resultados: ecografías anuales: 638. Muestra: 121 ecografías abdominales. No se presentaron a la prueba el 7,1%. Por sexo: 44,6% hombres y 55,4% mujeres. Edad media: 55,42 ± 18,38 años. Patologías más relevantes: 33,05% hipertensión, 28,9% dislipemia, 3,3% insuficiencia cardiaca, 5,7% enfermedad pulmonar. Motivos secundarios: 18,2% transaminasas elevadas, 11,6% prostatismo, 7,4% cólico renal, 6,6% hematuria, 3,3% estudio infecciones urinarias, 4,1% dispepsia. Resultados: normal 28,9%, coleditiásis 2,5%, hepatomegalia 3,3%, metástasis 0,9%, mioma uterino 1%, quiste renal 1,7%, quiste hepático 1,8%, pólipo vesicular 1,7%, tumor en la vejiga urinaria 0,9%, esteatosis hepática 20,6%, hiperplasia prostática 17,3%, tumor renal 0,8% y aneurisma de aorta abdominal 0,8%. No se observaron diferencias significativas por género ni patologías en relación con los hallazgos ecográficos encontrados. Precisarón control del especialista el 31,4%. Precisarón seguimiento por parte de AP el 68,6%. Se resolvieron en AP el 55,4% de casos. Precisarón más estudios el 33,9%.

Conclusiones: la ecografía permite una resolución de los problemas por patología abdominal en más del 70% de los casos. El dolor abdominal es un proceso de alta prevalencia en AP. El uso de la ecografía nos permite ser más precisos en su valoración y resolución.

LAURA CARDONA PASCUAL
LAIA SABATÉ ARNAU
LIDIA MONTULL NAVARRO

Contacte:
lau9.cardona@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8468

Comunicació:
ORAL

L'evolució ens marca el camí

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 43 anys que consulta per poliartritis simètrica als turmells, canells i genolls d'1 mes d'evolució. Sense clínica urinària, digestiva ni respiratòria.

Història clínica

Natural de Colòmbia, fa 10 anys que viu a Catalunya. Com a antecedents destaca psoriasis lleu en tractament tòpic. En l'exploració física trobem articulacions tumefactes i doloroses amb impotència funcional. En l'anàlítica destaca proteïna C reactiva de 71,1 mg/l i velocitat de sedimentació globular de 31 mm/h. No es disposa de paràmetres reumatològics. Radiografies de les articulacions esmentades, normals. Es realitza diagnòstic diferencial de poliartritis agudes/subagudes i s'orienta com a artritis psoriàsica, malgrat que aquesta sol presentar distribució asimètrica. Es pauten antiinflamatoris i es deriva el pacient a reumatologia.

Evolució: durant l'espera, el pacient acut a urgències hospitalàries per lesions doloroses a les extremitats inferiors, que són descrites com màcules i nòduls subcutanis de color ocre, i febre. S'orienta com un eritema nodós i es pauten corticoides i antibiòtic oral. Quan acut a la nostra consulta, es troba asimptomàtic. Es refà el diagnòstic diferencial i es sol·licita radiografia de tòrax, on es visualitzen hils engruixits. La tomografia computada de tòrax informa d'adenopaties mediastíniques i hilars bilaterals associades a nòduls pulmonars subcentimètrics, corresponents a sarcoïdosi de fase II o malalties granulomatoses (tuberculosi) o infiltratives (limfoproliferativa). Es deriva al pacient a pneumologia.

Conclusions

El diagnòstic diferencial de la poliartritis és molt ampli. En molts casos cal esperar a l'evolució del quadre per tenir un diagnòstic definitiu. La incertesa forma part del dia a dia del professional d'atenció primària. A més de l'anàlítica i les radiografies, els símptomes acompanyants són dades importants a recollir. En aquest cas, malgrat que encara no hi ha un diagnòstic final, és suggestiu d'una síndrome de Löfgren (artritis, febre, eritema nodós i adenopaties hilars bilaterals), que és una forma de presentació aguda de la sarcoïdosi.

MARIA AGRÀS GUÀRDIA
LAUREN DIAZ PIÑEIRO
PILAR PREIXENS VALLINOTO

Contacte:
maria.agrasguardia@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8469

Comunicació:
PÒSTER

Una lesió digital curiosa

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 41 anys que consulta per lesió ulcerosa digital del quart dit de la mà dreta.

Història clínica

Antecedents personals: sense al·lèrgies; dislipèmia, diabetis *mellitus* de tipus 1, psoriasis palmoplantar. Tractament infusor subcutani continu d'insulina.

Anamnesi: refereix cianosi distal dels dits de les dues mans, desencadenats pel fred i aparició d'úlceres digitals. També presenta lesions eczematoses a palmes des de fa anys. Dispnea a moderats esforços.

Exploració física: llavi superior en codi de barres, microstomia. Mans de tipus *puffy fingers*, petita úlcera digital al quart dit de la mà dreta. Afilament distal dels dits. Palmes amb descamació, eczematoses. Sense lesions als peus.

Orientació diagnòstica: síndrome antisintetasa vs. esclerodèrmia.

Es demana analítica sanguínia: anticossos ANA positius: 1/640. Patró d'anticossos Scl-70. Malaltia de Raynaud. Criteris ACR/EULAR: 10 punts. S'orienta a esclerosi sistèmica (ES) i es deriva a medicina interna i dermatologia per completar l'estudi.

Tomografia computada d'alta resolució (TCAR): pneumònia intersticial no específica (NINE) amb trets fibròtics. Capil·laroscòpia pendent.

S'orienta a esclerodèrmia limitada, pendent d'iniciar tractament immunosupressor.

Conclusions

L'ES és una malaltia multisistèmica d'etiologia desconeguda caracteritzada per fibrosi tissular i alteracions vasculars. Afecta la pell i múltiples òrgans, com l'aparell digestiu, pulmó, cor i ronyó. És important fer un diagnòstic acurat per la morbimortalitat que comporta. Presenta una gran variabilitat clínica. Es poden diferenciar dues formes representatives: ES difusa i ES limitada. La pell és l'òrgan més afectat, però hi ha alguns casos que no presenten afectació cutània i que s'anomenen *esclerodèrmia sense esclerodèrmia*. S'han establert uns criteris de classificació que permeten al metge de família orientar el diagnòstic i derivar a medicina interna per completar estudi. És important determinar l'afectació de cada pacient per iniciar el millor tractament, dirigit a pal·liar-la. Actualment no existeix un tractament curatiu. El metge de família no ha d'oblidar les malalties autoimmunes, normalment amb afectació multisistèmica i diagnòstic complex.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PILAR PREIXENS VALLINOTO
MARIA AGRAS GUÀRDIA
LAUREN DIAZ PIÑEIRO

Contacte:
ppreixens.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8470

Comunicació:
PÒSTER

Diplopia d'aparició sobtada

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient home de 24 anys que acudeix al CAP per diplopia.

Història clínica

Antecedents personals: sense al·lèrgies; fumador de tabac 1 paquet/dia, obesitat. Sense medicació.

Anamnesi: refereix diplopia horitzontal, precedida de cefalea frontal intensa sense nàusees ni vòmits els dies previs. Sense febre.

Exploració física: conscient i orientat. Escala de Glasgow: 15. Sense afàsia motora ni sensitiva, ni alteracions del llenguatge. Pupil·les isocòriques i normoreactives. Diplopia horitzontal, afectació del IV parell cranial esquerre. La resta de la motilitat ocular extrínseca i de parells cranials normals. Sense nistagme. Coordinació i marxa conservades. Resta d'exploració sense troballes.

S'orienta a lesió intracranial i es deriva a urgències hospitalàries per a valoració.

Valorat per oftalmologia, s'objectiva papil·ledema bilateral i disminució de l'agudesa visual. Tomografia computada (TC) i ressonància magnètica cranial sense alteracions. Es realitza punció lumbar amb resultat normal. Es diagnostica d'hipertensió intracranial benigna/pseudotumor cerebral. Millora de la diplopia i s'inicia tractament amb acetazolamina i topiramà.

Conclusions

La cefalea és una de les causes més freqüents de consulta a atenció primària. És essencial conèixer els signes d'alarma: cefalea intensa i d'inici agut, despertar-se per la nit, precedida de vòmits, desencadenada per Valsalva, febre, exploració neurològica anormal, inici en majors de 50 anys.

La hipertensió intracranial benigna és l'augment de la pressió de líquid cefalorraquídi (LCR) sense altres alteracions. L'etiologia més freqüent és idiopàtica. Més freqüent en pacients joves, normalment dones, amb obesitat. En les fases inicials presenten cefalea frontal i edema de papil·la bilateral, posteriorment apareix la diplopia i disminució de l'agudesa visual. El diagnòstic és per exclusió: TC normal i LCR amb pressió augmentada i composició normal. El tractament és la restricció hidrosalina, disminució de pes i tractament diürètic amb acetazolamida.

A l'atenció primària hem de detectar de manera precoç els signes d'alarma de les cefalees.

CLARA GASCON MERLOS
MARIA CARMEN RÍOS JIMÉNEZ

Contacte:
clara.gmbp@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8471

Comunicació:
PÒSTER

Una cervicàlgia inusual

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: cervicàlgia.

Història clínica

Enfocament individual: home de 56 anys sense antecedents d'interès. Va acudir a la consulta referint cervicàlgia no irradiada i odinofàgia de 2 dies d'evolució que el despertava de nit. Sensació distèrmica sense febre termometrada. Sense altra simptomatologia acompanyant.

Exploració física: estat general regular i febril (38,6 °C). Faringe hiperèmica sense exsudats ni signes d'abscessos amigdalars. Important rigidesa cervical amb impossibilitat de tocar amb el mentó l'escot. Maniobra de Kernig negativa, de Brudzinski dubtosa. Sense signes flogòtics externs. Resta normal. Donada la presència de signes meningis, es va derivar a urgències hospitalàries. Anàlítica amb reactants de fase aguda elevats. Fons d'ull i tomografia computada (TC) cranial sense alteracions. La TC cervical mostrà col·lecció líquida paravertebral/retrofaríngia, que s'estenia de C2 a C4.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: abscess retro i parafaríngi. Davant d'una síndrome meningia aguda cal descartar: meningitis bacteriana, vírica, per espiroquetes o parasitària, focus infecciosos parameningis, encefalitis viral i causes no infeccioses (neoplàsies, hemorràgia meníngia, meningitis químiques/farmacològiques, sarcoidosi o lupus).

Tractament i plans d'actuació: s'inicià antibiòticoteràpia i corticoteràpia endovenoses. Va ser remès a otorrinolaringologia de referència, on es realitzà TC cervical de control als 2 dies, i s'observà un discret augment de mida amb compressió de la via aèria a nivell d'orohipofaringe. Es va intervenir quirúrgicament amb drenatge. Cultiu positiu per a *Staphylococcus aureus* multisensible.

Evolució: en les ressonàncies magnètiques de seguiment s'objectivà fractura d'osteòfit vertebral que podria explicar l'etiologia de la infecció. Bona evolució posterior fins a la resolució completa. Actualment en seguiment per unitat de raquis.

Conclusions

L'atenció primària és el primer nivell d'assistència sanitària, motiu pel qual els seus professionals han de saber detectar signes d'alarma que suggereixin gravetat.

Una anamnesi i exploració física acurades són indispensables per fer una correcta orientació i diagnòstic diferencial inicials. En aquestes situacions el temps és or i cal ser ràpid i efectiu.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

LAUREN DIAZ PIÑEIRO
PILAR PREIXENS VALLINOTO
MARIA AGRAS GUÀRDIA

Contacte:
laurendiazpineiro@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8472

Comunicació:
PÒSTER

Una enterocolitis molt particular

Àmbit del cas: servei d'urgències.

Motius de consulta: diarrees i dolor abdominal.

Història clínica

Antecedents personals: síndrome de Steinert, discapacitat Intel·lectual.

Dona de 34 anys, diagnosticada pel seu metge d'enterocolitis aguda, en tractament amb rifaximina i Motilium® des de fa 24 h. Acudeix a urgències d'atenció primària per l'empitjorament de l'estat general, la persistència de deposicions líquides (tres al dia), d'escassa quantitat i dolor abdominal de tipus còlic. A més, presenta distensió abdominal les últimes hores i 7-8 episodis d'emesi. Nega febre.

Exploració física: estat general regular, lleugera sequedat de pell i mucoses, normotensa; abdomen distès, dolorós a la palpació difusament, molt timpànic; peristaltisme abolit, i la resta normal.

Radiografia d'abdomen: distensió marcada de nanses intestinals amb signe de pila de monedes.

Orientació diagnòstica: oclusió/pseudooclusió intestinal.

L'oclusió intestinal es produeix quan s'interromp el flux normal del contingut intraluminal. Les causes més comuns són les adherències intraperitoneals, els tumors i les hèrnies complicades. També es descriuen quadres de pseudooclusió en un 2% dels pacients afectats de distròfia miotònica de Steinert.

Tractament i evolució: orientem el cas a una oclusió/pseudooclusió intestinal en una pacient amb distròfia miotònica i la derivem urgentment a l'hospital.

Allà es confirma mitjançant tomografia computada d'abdomen l'oclusió a nivell de l'intestí prim. Es decideix laparotomia exploradora urgent que evidencia perforació jejunal, deguda a oclusió intestinal per brida, en context d'apendicitis aguda aplastrada. Durant la intervenció, la pacient presenta inestabilitat hemodinàmica i finalment és èxitus.

Conclusions

L'oclusió intestinal és una patologia freqüent. La majoria dels pacients presentaran un quadre típic de dolor abdominal, vòmits i distensió, però de vegades debuten amb una diarrea paradoxal, que es pot confondre amb processos inflamatoris intestinals. En aquests casos, realitzar un examen físic exhaustiu adquireix una gran importància, i davant del dubte hem de confirmar mitjançant proves d'imatge.

KILIAN GRIÑAN FERRE
BEATRIZ ARNAL LÓPEZ
JOAN TORRAS BORRELL

Contacte:
kilian27.kg@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8473

Comunicació:
PÒSTER

Síndrome de la cua de cavall desbocada

Enfocament individual: dona de 39 anys, fumadora, sense antecedents d'interès, consultava al CAP per dolor gluti amb parestèsies d'extremitats inferiors, pèrdua de sensibilitat genital i anúria de 24 h d'evolució, sense traumatisme ni infecció previs. Hipertensa (157/82 mmHg), taquicàrdica (114 bpm), afebril, sense alteracions de força, sensibilitat ni arreflexia.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: diagnòstic diferencial de parestèsies amb clínica neurològica: lumbociatàlgia, hèrnia discal, compressió medul·lar, patologia de primera motoneurona (ELA), polineuropatia (síndrome de Guillain-Barré, porfíria, vasculitis, neurotoxicitat per metalls), trastorns de neurotransmissió (miastènia *gravis*, botulisme), trastorns metabòlics (hipovitaminosi B12, paràlisi hipopotassèmica o tirotoxicà).

Orientació diagnòstica: compressió medul·lar amb pèrdua de sensibilitat genital, anúria i parestèsies.

Tractament i plans d'actuació: sospitant una síndrome de cua de cavall, es remet a l'hospital. Allà es realitzen analítica i electrocardiograma sense alteracions, però en la ressonància magnètica destaca una herniació L4-L5 amb estenosi.

Evolució: a urgències se sonda la pacient per globus vesical sense dolor (comprovat ecogràficament). La neurocirurgia via telemàtica amb hospital de tercer nivell de referència descarta l'herniació com a causant de la clínica. La pacient paral·lelament inicia quadre de pèrdua de força i arreflexia a les extremitats inferiors. Per tacte rectal s'objectiva pèrdua de tonalitat de l'esfínter anal.

Al matí següent, neurologia reorienta com a poliradiculoneuritis inflamatòria desmielinitzant aguda de tipus Guillain-Barré. Punció lumbar sense alteracions. Ingressa per continuar estudi i s'inicia tractament amb immunoglobulines.

Conclusions: la lumbàlgia amb expressió neurològica és una patologia que cal avaluar bé a l'atenció primària. L'anamnesi ens ajuda a diferenciar l'etiologia així com el grau d'urgència. El temps d'instauració, infeccions prèvies, símptomes concomitants i l'exploració física són eines clau a l'atenció continuada, diferenciant el grau emergent. L'exploració neurològica completa ha d'incloure l'avaluació dels reflexos. Davant d'una lumbàlgia aguda amb focalitat neurològica s'ha d'actuar de forma emergent per descartar causes greus com la compressió medul·lar o una síndrome de Guillain-Barré.

GEMMA RUIZ SABATÉ
BELÉN PÉREZ RODRÍGUEZ
CARMEN NOLLA SABATÉ

Contacte:
gemmaruizsabate@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8474

Comunicació:
PÒSTER

VIOLETA URIACH TIMONEDA
MARINA PELFORT MORENO
ANNA VILADIU ILLANAS
MÓNICA ROCA ROTGER

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8476

Comunicació:
PÒSTER

Els electrocardiogrames també recorden

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: control posterior a sobreinfecció respiratòria diagnosticada a urgències.

Història clínica

Dona de 71 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, gammapatia monoclonal de significat incert, trastorn respiratori en estudi i fumadora activa de 10 cigars "puros"/dia.

Acut per explicar que li van diagnosticar una sobreinfecció respiratòria a urgències que ja ha resolt. Repassem l'episodi i observem un electrocardiograma que mostra un bloqueig de branca esquerra no present prèviament i trobem un altre electrocardiograma realitzat posteriorment per a un preoperatori amb ones T negatives de V1 a V6. La pacient no explica episodis de dolor toràcic en cap moment.

Realitzem nova prova electrocardiogràfica que mostra de nou el bloqueig de branca esquerra.

Sospita diagnòstica: cardiopatia isquèmica.

Pla d'actuació: interconsulta amb cardiologia, prova d'esforç i ecocardiograma.

Evolució: es descarta isquèmia subjacent i s'assumeix que es tracta del fenomen de memòria elèctrica que es pot veure en pacients que alternen episodis de bloqueig de branca amb períodes de conducció normal.

També s'observa una disminució dels nivells de potassi en l'anàlisi d'urgències i s'intensifica el tractament amb suplementes, ja que podria ser una causa de trastorn de conducció cardíaca.

Conclusions

Molt sovint trobem pacients atesos en altres serveis o en el nostre mateix amb proves complementàries que ningú ha interpretat. És de gran importància per al metge de família repassar i interpretar-les en conjunt i així coneixem el pacient i podem tenir una visió més global.

És prioritari estudiar i descartar les patologies més greus i urgents abans d'establir un diagnòstic definitiu.

El fenomen de memòria elèctrica no és conegut en la pràctica diària tot i la freqüència de pacients amb alteració de la conducció cardíaca. Creiem que és important donar-lo a conèixer entre els professionals d'atenció primària.

Fes les teves receptes

Objectius de l'experiència: fer un recull de totes les receptes d'altres nivells assistencials públics que pautin tractaments sense gestionar la recepta.

Descripció de l'experiència: en el nostre centre hem detectat un increment de pacients atesos a nivell hospitalari, ja sigui a urgències o a consultes externes, que marxen amb canvis en la pauta farmacològica, sense fer-se efectiva la recepta. Això suposa una sobrecàrrega a l'atenció primària, sovint com a visita virtual forçada per gestionar la recepta pautada per un altre professional.

Aquest acte implica responsabilitzar-nos d'una pauta sense haver-la prescrit nosaltres.

Al professional hospitalari, que no fa la recepta electrònica a l'eCAP, no li arriben possibles alertes i això pot generar errors de prescripció que podrien afectar a la seguretat del pacient.

Alguns tractaments de determinades especialitats, com oftalmologia, són específics i a vegades el metge/essa de família pot tenir dubtes en la pauta. Sovint no estan ben registrades al curs clínic, fet que també pot generar dubtes amb els possibles i conseqüents errors.

Conclusions: cal que el professional que tracta i avalua el pacient es responsabilitzi de les seves prescripcions digitalment.

Cada professional ha de fer la recepta per no traspasar part de la feina que li pertoca a un altre company.

La recepta electrònica té avisos per reduir la possibilitat d'error. Si es fa la pauta només a l'alta en paper sense tramitar la recepta electrònica, ens exposem a més riscos.

Aplicabilitat: a tots els professionals sanitaris amb ordinador, lector de targeta i internet. Caldria sempre disposar d'aquest material per atendre correctament i reduir riscos.

El recull que realitzem és amb la idea de poder transmetre les dades a l'hospital per intentar canviar aquesta tendència tan habitual.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

VIOLETA URIACH TIMONEDA
ALICE CRISTINA SANDRU
MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO
MIREIA COLOMÉ CASELLAS

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8477

Comunicació:
PÒSTER

Entendre, comprendre i acompanyar per poder millorar

Objectius de l'experiència: millorar l'acompanyament i de retruc la clínica dels pacients amb fibromiàlgia.

Descripció de l'experiència: en el nostre centre, la referent en fibromiàlgia ha activat una iniciativa multidisciplinària per tal d'oferir als pacients amb diagnòstic de fibromiàlgia una atenció integral per millorar la seva simptomatologia.

Es van organitzar sis sessions amb metgessa referent de fibromiàlgia i infermeria per parlar del diagnòstic, símptomes i neurociència del dolor. També hi havia quatre sessions grupals amb la psicòloga del centre i sis amb la fisioterapeuta.

Conclusions: comprendre el diagnòstic i que el pacient se senti acompanyat i entès és una gran part del procés i així ho refereixen els pacients i la bibliografia. L'empatia és clau. Els pacients han d'entendre que el seu dolor és real i veure com poden gestionar-lo i de quines eines disposen per minimitzar-lo.

Pendents d'analitzar les dades, veiem subjectivament millores en l'estat dels pacients que van participar en el grup i sembla que han reduït la mediació i les visites mèdiques.

Els pacients del nostre grup han fet cohesió entre ells, van fer un grup de Whatsapp i segueixen en comunicació i contacte. Queden sovint per anar a caminar i prendre un cafè: millora social.

A molts pacients, el dolor els porta a una vida més sedentària i, per tant, a un pitjor control del dolor i de retruc més risc de diabetis, obesitat, artrosi... així com quadres depressius o ansiosos, tancament social... Qualsevol intervenció per trencar aquest cercle viciós els pot ser beneficiosa en tots els aspectes.

Aplicabilitat: tenim pacients amb fibromiàlgia, sovint hiperconsultadors i sense oferir millores reals de la seva simptomatologia. Suposen una sobrecàrrega i una frustració per al professional i per al propi pacient.

Un projecte com aquest es pot aplicar a tots els centres. Veient els resultats, creiem que és molt recomanable.

ANNA FERRÉ BESORA
ANTONIO ESPINO GARCÍA
MARINA PICO ROBLES

Contacte:
anna.ferre.9@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8478

Comunicació:
PÒSTER

La malaltia de McArdle amb una visió diferent

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: miàlgies.

Història clínica

Home 61 de anys consulta per miàlgies i astènia de 2 mesos d'evolució. Sense altres símptomes acompanyants. Antecedents d'hipertensió arterial i dislipèmia. En tractament amb atorvastatina 20 mg durant 2 anys. Es canvia a simvastatina 10 mg i refereix persistència de la clínica. Explica claudicació de la marxa, fatiga muscular sobretot quan puja escales i camina en pendent. Sense clínica d'agulletes, rampes, fasciculacions, disfàgia, dispnea ni ortopnea.

Exploració física normal: analítica: creatina cinasa (CK) de 4.164 U/l, resta normal. Se suspèn l'estatina i es realitza analítica de control als 6 mesos: CK 1.118 U/l i persisteix la simptomatologia.

Es realitza electromiograma: afectació miopàtica crònica amb denervació activa en la musculatura cervical i cintura escapular.

Derivat a neurologia: la biòpsia muscular i l'estudi genètic descriuen malaltia de McArdle (glucogenosi de tipus V). És un trastorn hereditari per mutació del gen *PYGM* que provoca una deficiència de la miofosforilasa i altera el metabolisme del glucogen al múscul produint fatiga, intolerància a l'exercici, rampes... S'inicia estudi genètic de familiars.

Diagnòstic diferencial: síndrome de fatiga crònica (CK normals) i distròfia muscular de Becker (hipertròfia de quàdriceps i debilitat a la cintura pelviana).

Conclusions i aplicabilitat

Tot i que no existeix tractament específic, la creatina ha demostrat aportar beneficis. Es desconeixen les implicacions en el tractament amb estatines, però, si cal prescriure-les, es recomana monitoritzar les CK i controlar els símptomes. La ingesta de sucre previ a l'exercici millora la condició.

La feina del metge de família és rellevant en aquesta malaltia i el maneig a llarg termini en depèn significativament. Els símptomes físics i psicològics que implica la malaltia promouen un estil de vida sedentari, sobrepès i obesitat que poden empitjorar la qualitat de vida d'aquests pacients. Cal recomanar una dieta variada, exercici aeròbic diari, i explicar que les rampes són signe d'alarma per disminuir la intensitat de l'esforç i evitar la rhabdomiòlisi.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MILAGROS IGLESIAS MARTÍNEZ
FRANCESC JULIÀ NOGUÉS
PAULA GABRIEL ESCODA

Contacte:
maiglesias.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8480

Comunicació:
PÒSTER

Codi ICTUS per l'esforç

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu consulta: home de 55 anys que consulta per afàsia d'expressió, no de comprensió, de 30 minuts de durada, després del coit i de prendre vardenafil sense altra simptomatologia acompanyant.

Antecedents personals: fumador, disfunció erèctil i antecedents familiars de migranya.

Anamnesi, exploració i proves complementàries: s'activa codi ICTUS. La clínica s'autolimita en 2 hores. Episodis previs d'1 hora de duració, més lleus, autolimitats, postexercici. **Exploració neurològica:** conscient i orientat. Sense alteració de la nominació 5/5 ni comprensió d'ordre simples i complexes. Discurs espontani coherent i fluid, amb algun bloqueig puntual de fonemes que resol sense ajuda. Sense disàrtria. Campimetria per confrontació normal. Sense parèsies oftàlmiques. Parells cranials normals. Sense dèficits motors. Reflexos musculotendinosos 2/4 i respostes cutànies plantars flexores. Sense dèficits sensitius. Sense dismetries. Marxa i bipedestació normal. **Orientació diagnòstica inicial:** accident isquèmic transitori (AIT) cortical esquerre d'afàsia (relació temporal amb consum de vardenafil). **Tomografia computada (TC) de crani:** infart lacunar dret i infart "parxejat" a l'àrea de l'artèria cerebral mitjana (ACM) esquerra. **Eco-Doppler dels troncs supraòrtics:** sense plaques d'ateroma ni d'estenosi carotídia. Artèries vertebrals permeables amb fluxos cefàlics normals. Ecocardiografia normal i Holter normal. Eco-Doppler transcranial: estenosi de l'ACM esquerra. És donat d'alta amb doble tractament antiagregant. Al cap d'uns dies recidiva clínica. Nou estudi angio-TC i angiografia: estenosi crítica a l'ACM esquerra i oclusió de l'ACM dreta compensada amb col·lateralitat des de leptomeníngies d'artèries cerebral anterior (ACA) i posterior (ACP) i neoangiogènesi d'artèries lenticuloestriades. Eco-Doppler transcranial: reserva exhausta. Resonància: ictus en territori frontera ACM/ACA esquerra.

Orientació diagnòstica: malaltia de Moya moya.

Diagnòstic diferencial: AIT, neoplàsia cerebral, malaltia autoimmune.

Pla terapèutic: Inicialment doble antiagregació i en segon terme revascularització quirúrgica (*bypass*).

Conclusions: es tracta d'una entitat rara, idiopàtica, amb arteriopatia estenosant, que provoca circulació col·lateral i AIT. Cal tenir-la present a l'AP com a diagnòstic diferencial d'AIT en pacient amb baix risc cardiovascular, especialment en situacions prèvies d'alta despesa cardíaca.

EVA BELLERINO SERRANO
NÚRIA PUCHOL RUIZ
M. CARMEN YUSTE MARCO

Contacte:
ebellerino.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8481

Comunicació:
PÒSTER

Urticària mensual

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: pacient dona cis, de 41 anys, nul·lípara, amb clínica d'urticària mensual de 7 anys d'evolució.

Antecedents personals: síndrome de Gilbert, esofagitis, gastritis atrofica i síndrome del budell irritable.

Anamnesi, exploració i proves complementàries: erupció eritematosa crònica generalitzada, molt pruriginosa i evanescent; acompanyada de sensació dispneica sense broncoespasme ni edema a l'úvula. Periodicitat mensual i autolimitada (4 dies de durada). L'inici de la clínica va coincidir amb l'abandonament d'anticonceptius orals (ACO) per desig gestacional, fa 7 anys. **Anàlisi normal:** hemograma, velocitat de sedimentació globular (VSG), coagulació, complement, anticossos ANA, funció hepàtica i renal, serologies víriques. Únicament immunoglobulina (Ig) E elevada. Proves epicutànies i anticossos antiprogesterona (AcPg) no realitzades. **Biòpsia cutània:** lleu dermatosi crònica perivascular i intersticial, superficial, amb escassos eosinòfils.

Orientació diagnòstica: dermatitis autoimmune per progesterona (DAP).

Diagnòstic diferencial: dermatosi neutrofilica urticarial; altres urticàries catamenials.

Pla terapèutic: administració d'anàlegs d'hormona alliberadors de gonadotropina (GnRH) trimestralment per neutralitzar la funció ovàrica i confirmar el diagnòstic. Durant els 3 mesos després del tractament no ha presentat cap nou brot d'urticària. Per al diagnòstic definitiu faltaria tenir les proves epicutànies i els AcPg, però no s'han realitzat per decisió de l'hospital de referència (no són a l'abast d'AP).

Conclusions: la DAP és una urticària poc freqüent que es relaciona amb el cicle menstrual (fase lútea), per resposta autoimmune a la progesterona. Es pot associar a la presa d'ACO previs (hipersensibilització) de forma que quan s'abandonen el cos actua contra la progesterona endògena i es detecta com a patològica. A l'AP, davant una urticària, és convenient preguntar per la periodicitat i la possible relació amb el cicle menstrual, per sospitar urticàries catamenials. El tractament és la supressió de l'ovulació mitjançant tractament hormonal, i es fa servir també com a mètode diagnòstic que podem oferir des de l'AP. Per a la resta de proves de confirmació, cal la col·laboració hospitalària.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

YOLANDA ORTEGA VILA
JOSUÉ SUÁREZ PASTOR
PERE CONSTANT
EVA SATJÉ
SILVIA PAOLA RIVERA
NIEVES CARRANZO

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8488

Comunicació:
PÒSTER

Esteatosis hepàtica no enòlica i diabetis *mellitus*, casualitat o causalitat

Antecedents: és coneguda la relació bidireccional entre l'esteatosi hepàtica no alcohòlica (EHNA) i la diabetis *mellitus* (DM), però no està ben establert el paper de l'EHNA com a factor de risc ni la influència que altres condicions pròpies de la síndrome metabòlica (SM) poden tenir en el desenvolupament de DM.

Objectius: determinar l'associació entre el diagnòstic d'EHNA amb ecografia abdominal i el desenvolupament de diabetis *mellitus* en un CAP; determinar el risc associat a la presència de criteris diagnòstics d'SM sobre el desenvolupament de la DM.

Mètodes: estudi de cohorts retrospectiu amb seguiment entre 2015-2022. S'inclouen persones del CAP que donaven consentiment amb registre d'ecografia abdominal a l'inici, i s'exclouen les persones prèviament diagnosticades de DM.

Variable de resposta: temps fins al diagnòstic de DM (criteris ADA).

Variable independent: diagnòstic ecogràfic d'EHNA.

Altres variables: edat, sexe, hàbits tòxics, presència d'hipertensió, obesitat, glucèmia basal alterada (GBA), hipertriglicèridèmia, colesterol de lipoproteïnes d'alta densitat (HDL) <50 mg/dl.

Font de dades: històries clíniques informatitzades i els propis pacients.

Anàlisi estadística: descriptiva bàsica; bivariant (khi quadrat); càlcul del *hazard ratio* (HR) cru i ajustat (regressió de Cox) amb intervals de confiança (IC) del 95%. La significació es va establir en $p < 0,05$. Es va fer servir SPSS.

Resultats: van completar el seguiment 218 pacients (92 dones, 42%); 87 (40%) amb EHNA. Van ser diagnosticats de DM 17 (7,8/100/7 anys), dels quals 14 pertanyien al grup amb EHNA. En aquest grup es van trobar prevalències significativament majors d'hipertriglicèridèmia (49% vs. 35% en grup no-EHNA), obesitat (41% vs. 28%); i més homes (64% vs. 58%). En la regressió de Cox, GBA (HR: 6,0; IC95%: 1,7-21); HDL <50 mg/dl (HR: 5,1; IC95%: 1,5-17), EHNA (HR: 4,5; IC95%: 1,2-16,6) i obesitat (HR: 3,4; IC95%: 1,1-11,1) es van associar de manera independent a un major risc de desenvolupar DM.

Conclusions: el diagnòstic d'EHNA amb ecografia multiplica per 4,5 el risc de desenvolupar DM. Caldria insistir en mesures preventives a l'hora d'atendre persones amb aquest diagnòstic, especialment si presenten obesitat, HDL <50 mg/dl o GBA.

CARMINA GRAELLS TURU
ANTONIO GARCÍA BUENO
JOAN TORRAS BORRELL

Contacte:
carmina.graells@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8491

Comunicació:
PÒSTER

Sembla urgència hipertensiva, però és una emergència!

Home de 74 anys sense al·lèrgies, antecedents d'adenocarcinoma rectal (2007) i prostatitis recent tractada amb ciprofloxacina. Acut al centre d'atenció primària (CAP) per mareig i visió borrosa de 12 h d'evolució amb pressió arterial (PA) al domicili de 184/102 mmHg.

Exploració física: pressió arterial de 188/99 mmHg. Auscultació cardiorespiratòria normal. En l'exploració neurològica destaca una dubtosa paràlisi del parell cranial VI dret per defecte de fixació de la mirada, ja coneguda.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: davant d'una elevació tensional aguda cal pensar si estem davant d'una pseudourgència, una urgència o una emergència hipertensiva. En el primer cas, l'elevació tensional és reactiva i haurem de tractar el desencadenant (no la PA). A la urgència i l'emergència, sí que s'ha de tractar la PA. La diferència és el compromís agut i greu dels òrgans diana amb risc vital o irreversible de l'emergència, i cal una intervenció immediata i la valoració hospitalària; mentre que l'abordatge de la urgència, sense lesions orgàniques agudes, pot ser al CAP.

Tractament i actuació: orientat com a urgència hipertensiva s'administra captopril oral i es deriva per falta de resposta.

Evolució: a l'hospital ECG i tomografia computada (TC) cranials normals. Es controla la PA després d'un segon captopril i dues amlodipines. S'instaura tractament basal i alta.

Al cap de 4 dies reconsulta al CAP per PA de 193/92 mmHg, marejos i astènia. Millora amb diazepam i captopril. S'intensifica el tractament antihipertensiu i s'indica analítica per a l'endemà. Sorpren una caiguda del filtrat glomerular (4,3 ml/min/1,73 m²) amb hiperpotassèmia acompanyant (7,8 mmol/l). Es deriva i per TC es visualitza una col·lecció àeria flegmonosa, engruïment mural irregular de la paret vesical i dilatació pielocalicina bilateral retrògrada.

Es reorienta com a fracàs renal agut postrenal de causa obstructiva. Cal hemodialitzar i nefrostomia amb millora posterior.

Conclusions: les elevacions tensionals agudes són freqüents a l'atenció primària. Cal diferenciar pseudourgència, urgència o emergència hipertensiva i no es poden estalviar esforços a descartar noves lesions d'òrgans diana.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PILAR ELIES SÁNCHEZ
CARLOTA SAMPERÍ GINÉ
XAVIER FARRÉ PUEYO

Contacte:
pilarelies@telefonica.net

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8493

Comunicació:
PÒSTER

Metàstasis mandibulars del càncer de pròstata en absència de diagnòstic previ

Introducció: el carcinoma de pròstata (CP) infradiagnosticat és un problema present a Catalunya, malgrat la possibilitat de detecció precoç mitjançant el cribratge amb PSA.

Història clínica

Pagès de 87 anys que va consultar el juny de 2017 per episodis d'angioedema de mesos d'evolució. Es van demanar unes anàlisis amb marcadors tumorals en les quals va destacar un PSA de 28 ng/ml. Es va realitzar una biòpsia prostàtica de 16 cilindres que es va informar com a prostatitis crònica activa sense evidència de malignitat. Posteriorment, el PSA va disminuir fins a 16 ng/ml. L'any 2022 es va observar un augment del PSA fins a 45 ng/ml amb pol·laciúria i disúria. No es va indicar la biòpsia de la pròstata per l'edat avançada del pacient. El juny del 2022 va consultar a atenció primària per parestèsies al llavi superior i la regió mandibular, que posteriorment van esdevenir doloroses. La ressonància magnètica (RM) va mostrar una metàstasi mandibular amb afectació de la branca mandibular de nervi trigemin dret i dels músculs digàstric i milohioidal. Va rebre tractament amb bicalutamida i leuprorelina. A l'octubre del 2022 va ser èxitus per dificultat respiratòria.

Conclusió

Les metàstasis del CP a la regió mandibular són relativament rares i apareixen en estadis avançats de la malaltia. En persones d'edat avançada amb dolor, inflor i parestèsies a la regió mandibular, odontologia i els metges/esses de família han d'incloure el CP metastàtic en el diagnòstic diferencial. Per tal de disminuir el retard diagnòstic de casos potencialment letals, la Comissió Europea es planteja incloure l'RM en el cribratge i diagnòstic precoç del CP, la qual cosa pot reduir les biòpsies de pròstata negatives en dirigir-les a les zones sospitoses detectades a l'RM.

CARLOTA SAMPERÍ GINÉ
XAVIER FARRÉ PUEYO
PILAR ELIES SÁNCHEZ

Contacte:
casagi1@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8494

Comunicació:
PÒSTER

Lipodermatoesclerosi en un malalt immunodeprimit i manipulador de glifosat

Àmbit: rural.

Introducció: la lipodermatoesclerosi és una panniculitis que s'associa a malaltia venosa crònica i pot estar desencadenada per un traumatisme a les extremitats inferiors. Té una fase aguda en què predominen els símptomes inflamatoris i una fase crònica amb marcada fibrosi i esclerosi de la dermis i de teixit cel·lular subcutani.

Història clínica

Pagès de 69 anys que consulta per un turmell inflat i adolorit arran d'una torçada de peu dret. Entre els antecedents personals destaca una glomerulonefritis membranosa tractada amb tacrolimús i la utilització de l'herbicide glifosat al camp sense protecció uns dies abans de la torçada. Es va tractar amb embenat elàstic compressiu, amoxicil·lina-àcid clavulànic, repòs i heparina profilàctica durant 15 dies. La ferida va empijorar i va aparèixer cel·lulitis del turmell i part baixa de la cama, que es va orientar com a úlcera posttraumàtica complicada. Les radiografies, cultius, índex turmell-braç i cartografia d'extremitats inferiors foren normals. Es va tractar amb cures amb apòsits d'alginat, hidrocol·loides i embenat elàstic compressiu. Davant la manca de millora de la lesió es va biopsiar amb el diagnòstic de panniculitis per lipodermatoesclerosi. Curiosament, les mateixes lesions també van aparèixer a la cama esquerra, en la qual no s'havia produït cap traumatisme, i les ulceracions van evolucionar exactament igual amb el mateix tractament. La resolució total del procés es va aconseguir en 12 mesos. L'aspecte actual de les extremitats inferiors és de dermatitis d'estasi crònica.

Conclusió

El glifosat pot provocar una dermatosi de contacte. El tractament amb tacrolimús no sembla relacionat amb l'evolució lenta de les ferides. No obstant això, no es pot descartar que la combinació d'ambdós factors no pugui influir en l'evolució tòrpida de les úlceres ni en l'aparició de lesions contralaterals sense cap antecedent traumàtic previ.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTA PUJUIULA PAGÈS
LAURA BLANCO RODRÍGUEZ
ANNA DARNÉS SURROCA

Contacte:
mpujiula.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8497

Comunicació:
PÒSTER

Fa dies que no el veig...

Es realitza visita conjunta amb serveis socials bàsics de l'ajuntament, treball social i unitat bàsica assistencial del CAP a un pacient de 53 anys, sense antecedents personals d'interès, pel qual els veïns havien alertat.

Es tracta d'un pacient que no surt de casa des de fa mesos, viu en condicions d'habitabilitat insuficients, amb acumulació de brutícia i restes. Els veïns li proporcionen l'aliment.

A l'arribada al domicili trobem un pacient amb mal estat general, aspecte caquètic i mala higiene corporal. Explica un dolor cervicobraquial dret progressiu, de 5 mesos d'evolució, invalidant. En l'exploració presenta disminució de la força de l'extremitat superior dreta i incapacitat de fer moviments d'oposició de la mà. Explica antecedents d'hèrnia cervical i consta una visita al CAP a l'inici del quadre, on s'havia iniciat tractament analgèsic que no realitzava perquè no té accés a medicació. També explica que té por a sortir de casa i que no té familiars propers.

Es decideix fer una derivació del pacient a urgències hospitalàries per a valoració coordinada amb serveis socials, mentre se li condiona el domicili per a un possible retorn.

A urgències se'l diagnostica de neoplàsia pulmonar metastàtica i d'un trastorn adaptatiu. Se l'informa del mal pronòstic i es decideix realitzar tractament simptomàtic. S'ingressa en un centre sociosanitari per a cures paliatives. Durant l'estada al centre es realitza acompanyament en el procés, se li ofereix suport psicològic i es contacta amb familiars llunyans que acudeixen a visitar-lo. El pacient es mostra tranquil i satisfet amb el compromís que palesa de l'equip de professionals.

Aquest cas, doncs, permet constatar la importància de proporcionar una atenció integrada als nostres pacients, així com la necessitat d'abordar els casos des d'una perspectiva multidisciplinària.

MARINA PELFORT MORENO
LAURA CASTAÑO VELÁZQUEZ

Contacte:
mpelfort.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8499

Comunicació:
PÒSTER

Càpsules de societat

Durant el 2022, amb la potenciació del vessant comunitari i amb la incorporació de la figura del referent de benestar emocional, té lloc un procés d'identificació de necessitats col·lectives sociosanitàries considerades rellevants actualment en el territori. A la tardor s'inicià el projecte Càpsules de Societat. Pretén construir càpsules anualment amb la col·laboració de nous agents especialitzats de diferents serveis del territori.

El nostre objectiu és millorar la qualitat de l'atenció primària en la seva part més social. Es considera que dotar de més coneixements i seguretat al voltant dels matisos, preocupacions, identitat, etc. dels col·lectius més vulnerables aportarà benestar tant a la ciutadania com a l'equip de professionals.

Vam escollir el tema de la primera càpsula en el marc de l'aprovació de la Llei per a la Igualtat Real i Efectiva de les Persones Trans i per a la Garantia dels Drets de les Persones LGTBI i, també, arran d'un cas. Es divideix en dues sessions. La primera, d'atenció al col·lectiu LGTBIQ+, es va preparar juntament amb una treballadora del servei d'atenció integral. Es basava en el fet d'entendre les diferències entre els conceptes d'identitat, orientació sexual, sexe biològic i l'expressió de gènere, i en plantejar com l'atenció primària pot ajustar-se millor a una realitat diversa i canviant. La segona sessió, d'atenció a les persones TRANS*, es realitzà conjuntament amb la unitat de trànsit per conèixer el seu funcionament i els fets clau que hem de tenir en compte a l'hora d'atendre aquestes persones.

Les conclusions van ser molt positives tant per a l'equip com per als professionals col·laboradors, ja que clarificava conceptes de la societat actual aplicables en el treball diari. La pròxima sessió tractarà la diversitat cultural. Aquest projecte és aplicable a tot el territori, però algunes de les càpsules s'hauran d'ajustar a la idiosincràsia de la zona coberta.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SONIA GARRIDO CALVO
PILAR VAQUÉ CASTILLA
JOSEP XAVIER ICHART TOMÀS
MERITXELL BATLLE BOSCH

Contacte:
sgarrido.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8501

Comunicació:
ORAL

Experiència d'un programa d'optimització antibiòtica d'ús de la proteïna C reactiva capil·lar en infeccions respiratòries a l'atenció primària

Objectiu: en l'atenció primària, la infecció respiratòria està associada a prescripció antibiòtica en el 60% de casos. En canvi, només en el 15% estaria justificada segons l'OMS. Les tècniques de diagnòstic ràpid (TDR), com la proteïna C reactiva capil·lar (PCR), poden contribuir a la millora del maneig d'aquestes entitats.

Es descriuen els resultats de la utilització d'aquesta tècnica segons algorismes validats durant l'any 2022 després de la implementació de 14 autoanализadors quantitius PCR en equips d'atenció primària.

Descripció: s'han realitzat 341 determinacions. Predomini en dones: 178 (54,6%). Entitats respiratòries més freqüents: bronquitis aguda/MPOC (60,4%) i pneumònia/infecció respiratòria baixa (26,4%). Mitjana d'edat: 59,1 anys (desviació estàndard: $\pm 18,6$). Mediana del valor: 15 mg/l i moda: 5 mg/l. El 57,2% (195) dels pacients no van rebre antibiòtics. En la resta dels casos, l'antibioteràpia va ser immediata en 105 (71,9%) i diferida en 41 (28,1%). Els antibiòtics més prescrits van ser penicil·lines (70,2%). L'especificitat i el valor predictiu positiu de la tècnica van ser del 98,2% i del 98,6%, respectivament.

Una enquesta de valoració de la tècnica, per a professionals, va identificar la reducció de proves, la seguretat en els seus valors extrems i la facilitat d'ús com a dades més positives. La manca de connectivitat va ser valorada negativament.

Conclusions: l'ús de la PCR i l'actitud diferida van evitar l'antibioteràpia en el 60% de les infeccions respiratòries. La tècnica va ser ben acceptada per professionals i pacients.

Aplicabilitat: la PCR és una tècnica senzilla, innòcua i relativament ràpida que dona seguretat al clínic en la presa de decisions. El problema ja present de les resistències bacterianes, justifica desplegar eines i recursos en l'àmbit de l'atenció primària que ajudin a preservar els nostres ecosistemes bacterians.

LIDIA MONTULL NAVARRO
ALBA MARÍ LÓPEZ
ESTHER RIBES MURILLO
MIREIA ORTIZ VALLS

Contacte:
lmontull.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8502

Comunicació:
PÒSTER

La unió fa la força: experiència de treball en un equip del programa d'optimització antibiòtica territorial

Objectius: l'elevat consum d'antibiòtics ocasiona un augment de bacteris multiresistents, fet que constitueix un greu problema de salut pública. Per afrontar aquest repte s'ha desenvolupat el Programa de Racionalització i Optimització de l'Ús d'Antibiòtics (PROA), que compleix els estàndards del Pla Nacional contra la Resistència als Antibiòtics (PRAN) en l'atenció primària, amb els objectius de: a) Optimitzar el maneig en les infeccions bacterianes més prevalents, adequant la durada i la dosi del tractament. b) Contribuir a evitar l'antibioticoteràpia en la virasi. c) Disminuir l'ús d'antibiòtics d'alt impacte ecològic (quinolones, macròlids, amoxicil·lina-àcid clavulànic, cefalosporines de 3a generació). d) Minimitzar l'aparició de resistències i efectes adversos. e) Millorar la relació cost-efectivitat del tractament sense comprometre la seguretat del pacient.

Descripció: el projecte s'inicià el desembre del 2016. Es creà una comissió tècnica PROA formada per un equip multidisciplinari (metges/esses de família, infermeria, infectologia, urgències, pediatria, geriatría, microbiologia, farmacèutics/iques, odontologia, podologia). Es designen referents PROA a les 24 àrees bàsiques de salut (ABS).

Accions realitzades a les ABS: formació continuada, elaboració d'informes de sensibilitat microbiològica i de consum d'antibiòtics, promoció de l'ús de tècniques de diagnòstic ràpid (TDR), elaboració de guies territorials, coordinació entre nivells assistencials i assessories individuals basades en resultats microbiològics i de consum d'antibiòtics.

Conclusions: les activitats realitzades per l'equip PROA han contribuït a disminuir la prescripció antibiòtica i recuperar les sensibilitats dels microorganismes més prevalents a la nostra regió sanitària. Cal posar en valor la xarxa multidisciplinària creada en el territori per millorar el maneig de les entitats infeccioses.

Aplicabilitat: la constitució d'equips PROA territorials permet plantejar un treball col·laboratiu que inclou tots els agents implicats en el maneig de les infeccions. Creiem que l'experiència és aplicable a tots els equips d'atenció primària amb un treball consensuat amb altres nivells assistencials, i és extensible fins i tot a accions comunitàries incloses en el Pla de Salut.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA MARÍ LÓPEZ
MERITXELL BATLLE BOSCH
LIDIA MONTULL NAVARRO
SONIA GARRIDO CALVO

Contacte:
amari.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8503

Comunicació:
PÒSTER

“Doctor, la febre continua...” Ús de tècniques de diagnòstic ràpid en la resolució d'un cas

Àmbit del cas: àmbit rural

Motius de consulta: tos i mucositat de vies altes amb expectoració associada.

Història clínica

Enfocament individual: home de 44 anys amb asma al·lèrgica greu en tractament biològic (omalizumab) i endocarditis infecciosa (EI) mural fa 6 mesos per *Enterococcus faecalis* (accident isquèmic transitori per èmbol sèptic; resta de l'estudi: pòlip del colon únic).

Anamnesi: durant les 48 h prèvies a la consulta presenta quadre de grip B en context epidemiològic positiu domiciliari, amb posterior aparició de tos i expectoració fosca associada a la febre alta ja existent.

Exploració: saturació d'oxigen del 98%, tensió arterial de 110/68 mmHg, 16 rpm, 122 bpm, murmuri vesicular conservat amb hipoventilació de l'apex bilateral. Tons cardíacs rítmics sense bufs audibles. Orofaringe i otoscòpia normals.

Proves complementàries: radiografia de tòrax (15 de febrer) sense condensacions; proteïna C reactiva (PCR) capil·lar el mateix dia de >200 mg/l; cultiu esput (23 de febrer) amb *Streptococcus pyogenes* multisensible.

Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes: grip B amb sospita de sobreinfecció bacteriana, confirmada amb la PCR inicialment i posteriorment amb cultiu d'esput, permetent antibioteràpia en quadre inicialment víric.

Problemes detectats: immunosupressió per malaltia de base, tractament perllongat amb antibiòtics per EI.

Tractament i plans d'actuació: inici d'antibioteràpia empírica tenint en compte el resultat de la PCR amb amoxicil·lina 1 g/8 h durant 5 dies; control evolutiu 48 h i 5 dies després. Assegurar el tractament iniciat amb el resultat del cultiu d'esput.

Evolució: favorable en les primeres 48 h. S'allarga el tractament 7 dies fins a la resolució.

Conclusions

Es tracta d'un pacient sotmès a teràpia antibiòtica perllongada degut a EI. És important poder discernir la causa del procés actual i prendre decisions clíniques de maneig al respecte sense sobretractar innecessàriament. Cal posar en valor les tècniques de diagnòstic ràpid en l'atenció primària, com la PCR, per poder decidir la necessitat d'ús d'antibiòtics en casos de difícil maneig com aquest.

CRISTINA MAÑAS GUALLARTE
HELENA VELEDO ÁLVAREZ
SÍLVIA FERRER MORET

Contacte:
cristina.manas.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8504

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, què em passa a les orelles?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: edema d'orelles.

Història clínica

Home de 35 anys sense antecedents patològics rellevants que consulta per edema a ambdues orelles de mesos d'evolució, explica que no li fan mal, però el preocupen. En l'exploració destaca deformitat i tumoració de pavelló auricular sense canvis de coloració ni signes inflamatoris.

Enfocament familiar i comunitari: s'estudia la situació sociolaboral del pacient. Explica que treballa de mestre d'arts marçals i que sovint rep cops a les orelles, tot i portar protecció.

Judici clínic: s'orienta el cas com a “orelles de coliflor” en fase crònica, ocasionat per traumatismes repetitius.

Tractament: s'explica al pacient la benignitat de la condició, tot i que s'explica el mecanisme d'acció per conscienciar el pacient d'evitar més traumatismes en aquesta zona.

Evolució: el pacient va comprendre la irreversibilitat de troballa i les mesures preventives, però no va realitzar controls posteriors.

Conclusions

Les orelles de coliflor, també anomenades hematoma *auris*, són conseqüència d'un hematoma del pavelló auricular secundari a traumatismes. S'observa sovint en pacients que practiquen esports de contacte o rugbi. En fase aguda d'hematoma es pot plantejar el drenatge de la lesió i la compressió per evitar complicacions, ja que si no es resol pot provocar necrosi del cartílag i una deformitat permanent molt difícil de reconstruir. En tot cas, la mesura més important es la protecció per prevenir nous traumatismes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CRISTINA MAÑAS GUALLARTE
HELENA VELEDO ÁLVAREZ
MARIA ANTÒNIA POU GIMÉNEZ

Contacte:
cristina.manas.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8508

Comunicació:
PÒSTER

HELENA VELEDO ÁLVAREZ
CRISTINA MAÑAS GUALLARTE
RAQUEL GAYARRE AGUADO

Contacte:
helenaveledo.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8509

Comunicació:
PÒSTER

Tendinitis bilateral, tinguem en compte els antecedents

Àmbit del cas: atenció domiciliària.

Motiu de consulta: dolor a les cames i impossibilitat per a la deambulació.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 79 anys que viu sola al seu domicili, amb antecedents de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i lleu espondilolistesi degenerativa L4-L5. Sol·licita visita domiciliària d'urgències per la impossibilitat de deambular i dolor a les cames.

A l'anamnesi explica un dolor d'inici sobtat, quan camina, no en repòs, a la part posterior de les cames. Refereix que té aquests símptomes des de l'alta d'un ingrés hospitalari feia 4 dies per descompensació de l'MPOC, alta amb tractament amb prednisona 30 mg i levofloxacina 500 mg al dia.

Exploració compatible amb dolor a la palpació d'Aquil·les bilateral, aquil·là dret amb signes inflamatoris.

Enfocament familiar i comunitari: davant d'una pacient d'edat avançada que viu sola i presenta de forma sobtada problemes per a la mobilitat, s'explora la situació social de la pacient. Explica que els fills viuen a prop. D'acord amb la pacient expliquem al fill el problema de salut actual i s'estableix un pla per augmentar el suport familiar les properes setmanes.

Judici clínic: tendinitis per fluoroquinolones.

Tractament: suspenem el tractament antibiòtic i iniciem tractament amb antiinflamatoris.

Evolució: en el control evolutiu 1 setmana després, la pacient refereix millora clínica.

Conclusions

Les tendinitis són un efecte secundari infreqüent de les fluoroquinolones, però no es coneix el mecanisme causal. Alguns factors de risc són una edat superior a 60 anys, tractament amb corticoides i insuficiència renal. La major part dels casos afecten al tendó d'Aquil·les. La seva progressió pot arribar a causar ruptura del tendó aquil·là. És important la detecció precoç ja que l'única manera d'evitar aquesta complicació és la retirada del fàrmac. En pacients d'edat avançada que viuen sols és necessària la valoració social davant d'aquest quadre perquè fins que es resolgui pot comportar dependència per a les activitats de la vida diària.

Mirem més enllà dels efectes secundaris

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària.

Motiu de consulta: pruija.

Història clínica

Dona de 21 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Antecedents patològics de síndrome ansiosodepressiva en seguiment per psiquiatria. Consulta inicialment al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) per picor intensa de 2 setmanes d'evolució que coincideix amb l'inici de fluoxetina i Rivotril®. Davant la sospita d'un efecte secundari de fàrmacs, se suspèn inicialment el tractament amb Rivotril®, sense cessament de la clínica, i es decideix aturar també la fluoxetina.

Durant l'anamnesi observem un gratat constant a la flexura dels canells i interroguem per pruija a les nits i per antecedents epidemiològics. La pacient confirma clínica de pruija intensa de predomini nocturn que afecta majoritàriament el canell, espais interdigitals i engonals, i respecta el pol cefàlic.

En l'exploració física s'observen lesions papuloses i solcs acarins a la cara interna dels canells. Es realitza el test de la tinta i és positiu. S'orienta el cas com a escabiosi. Es pauta permetrina, s'expliquen les mesures higièniques i de tractament a seguir. Es lliura un full informatiu per al pacient.

Conclusions

La sarna és una parasitosis produïda per l'àcar *Sarcoptes Scabiei* variant *hominis*. Es contagia exclusivament entre humans per contacte perllongat pell amb pell. La clínica es basa en pruija de predomini nocturn que, habitualment, respecta el pol cefàlic (excepte en infants i gent gran) i s'inicia de 3 a 6 setmanes després de la infestació primària. El diagnòstic és bàsicament clínic, ja que la detecció dels solcs acarins és patognomònica. Les lesions es poden visualitzar mitjançant un dermatoscopi, un microscopi òptic o amb el test de la tinta, en el qual el solc queda tenyit després de retirar la tinta de la pell afectada amb alcohol.

Els tractaments de primera línia són la permetrina tòpica al 5% i la ivermectina oral. Aquesta última confereix major comoditat i sol ser d'elecció quan succeeixen brots a institucions.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA MARTÍNEZ SATORRES
ÁLVARO RUIZ TORRES
FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEGURA
SONIA DA SILVA TORRES

Contacte:
albasatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8510

Comunicació:
ORAL

Tremola: la salut sexoafectiva com a eix transversal en l'educació en el lleure

Objectius: transmetre mitjançant el joc coneixements sobre el propi cos, la sexualitat i l'afectivitat amb perspectiva interseccional, atenent especialment la diversitat i la prevenció de violències.

Viure la pròpia sexualitat en positiu. Millorar l'accessibilitat a l'atenció primària.

Descripció: les educadores de l'esplai que fa educació en el lleure a infants i joves de 3 a 16 anys contacten per elaborar un programa d'educació sexoafectiva, que han decidit que sigui l'eix vertebrador del trimestre a l'esplai. Fem una reunió en què expliquen les característiques de cada grup d'edat i els temes i dinàmiques que ja han treballat durant el curs. A partir de les necessitats detectades es dissenyen un seguit d'activitats per a cada grup que es porten a terme conjuntament entre professionals sanitàries i educadores socials per treballar: a) La diversitat. b) El cos i l'autoconeixement. c) La prevenció d'abusos i violències. d) L'ús de les xarxes socials. e) La prevenció i el tractament d'infeccions de transmissió sexual. f) L'amor romàntic i la violència masclista. g) Els mètodes barrera i els anticonceptius. h) La higiene menstrual. i) Com s'accedeix i com funciona l'atenció primària. j) La valoració qualitativa de les activitats ha estat molt bona per part d'infants i d'educadores i sanitàries. Es decideix mantenir el vincle i ampliar activitats de cara a propers cursos.

Conclusions: aquest projecte s'ha realitzat des de les necessitats concretes de la comunitat a qui va dirigida i treballant de forma coordinada amb els agents comunitaris (educadors socials). Això li dona sentit i el fa especialment enriquidor.

Aplicabilitat: l'educació sexoafectiva es pot adaptar a cada etapa i el treball en xarxa amb i des de la comunitat és satisfactori i necessari. El projecte és replicable en altres entitats, així com al Programa Salut i Escola, sempre treballant amb i des dels agents comunitaris i donant resposta a les necessitats concretes de la població a qui es dirigeix.

NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
LLUÍS CUIXART COSTA

Contacte:
narimanchahboun@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8515

Comunicació:
PÒSTER

Se m'ha caigut una parpella

Home de 66 anys sense atenció primària que consulta al CAP per cefalea fronto-orbitària dreta de 3 dies d'evolució, associada a ptosi palpebral dreta i sensació d'entumiment al front i al pòmul drets, que ha anat empitjorant en les últimes hores.

Exploració física: ptosi palpebral dreta lleu. Impossibilitat a la supravèrsió i a l'abducció. Pot realitzar parcialment la infravèrsió i l'adducció. Campimetria normal. Hipoestèsia dels territoris trigeminals V1 i V2 drets. Esborrament de solc nasogenià dret.

Es deriva a urgències hospitalàries on es realitza analítica de sang, que és normal, i arteriografia cerebral, que també és normal. La resonància magnètica (RM) cerebral palesa engruiximent de la paret del si cavernós dret i alteració de la senyal del greix orbitari no identificable en estudi previ, que correspondria a sinusitis etmoidal aguda. Tomografia computada (TC) cerebral normal i eco-Doppler de troncs supraaòrtics normal.

S'orienta com a síndrome de Tolosa-Hunt dreta amb paràlisi completa dels parells cranials III, IV, VI i de la primera branca del V, i exoftàlmia.

A urgències hospitalàries s'inicia tractament amb prednisona 40 mg/dia durant 2 mesos, sense millora clínica. El pacient està pendent de control a neurologia i oftalmologia. Des d'atenció primària, el seu metge li demana una TC de control que mostra una lesió ocupadora d'espai intraconal, pel que es fa derivació urgent a neurologia per descartar pseudotumor orbitari.

Actualment, el pacient ja ha estat intervingut amb anatomia patològica de pseudotumor per inflamació crònica sense malignitat. El pacient presenta persistència de clínica prèvia com a seqüela.

El diagnòstic de les patologies neurològiques pot ser complex. L'exploració física és primordial per detectar alteracions, cosa que genera respecte entre els professionals d'atenció primària.

En aquest cas, el metge d'atenció primària ha estat crucial per a la detecció de l'alteració neurològica i per al control posterior, malgrat que el pacient ja estava pendent de primera visita amb neurologia i oftalmologia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CRISTINA MAÑAS GUALLARTE
SÍLVIA FERRER MORET
HELENA VELEDO ÁLVAREZ
MARIA ANTÒNIA POU GIMÉNEZ
GEMMA SANCHÍS VALLS
DANIEL MANTEIGA RODRÍGUEZ

Contacte:
cristina.manas.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8516

Comunicació:
PÒSTER

¿Es la salud sexual un motivo de consulta en atención primaria?

Objetivos: determinar la implicación de los profesionales sanitarios en el conocimiento de la salud sexual de los usuarios de un centro de salud urbano y conocer si la sexualidad es un motivo de consulta habitual en las visitas asistenciales de atención primaria.

Pacientes y métodos: estudio descriptivo en un centro de salud urbano. Se entrega una encuesta en soporte papel para la autocumplimentación a los tres primeros pacientes de 15 a 85 años atendidos con visita presencial en la agenda no domiciliaria de una médica residente de atención familiar y comunitaria durante diciembre de 2022. Análisis estadístico descriptivo. Trabajo aprobado por la comisión de ética del centro. Consentimiento informado de los participantes. Limitaciones: se desconocen los datos de los usuarios que no devolvieron la encuesta autocumplimentada.

Resultados: 75% de respuestas (27 encuestas). Edad media: 54,6 años (48,1% >60 años); 59,3% mujeres. El 81,5% afirmó que nunca ningún profesional sanitario de atención primaria había preguntado por su salud sexual. Un 66,7% consideraron adecuada y necesaria la anamnesis sistemática sobre salud sexual dentro del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (75% mujeres). Un 77,8% negaron haber solicitado visita asistencial en atención primaria con la salud sexual como motivo principal de consulta (87,5% mujeres); 38,1% por vergüenza o miedo a ser juzgada (87,5% mujeres); 33,3% por no haber padecido nunca un problema sexual; 19,0% porque consideran la sexualidad como tema de ámbito privado.

Conclusión: la anamnesis sobre salud sexual no se realiza de forma sistemática en las intervenciones de prevención y promoción de la salud. La sexualidad no es un motivo de consulta habitual en las consultas de atención primaria, principalmente por vergüenza. Las mujeres consultan menos que los hombres sobre su sexualidad aunque se manifiestan a favor de introducir la salud sexual como parte de la anamnesis rutinaria en las consultas de atención primaria.

EVA SATUÉ GRACIA
MAGDALENA GARCIA OLIVÉ
ALBERT DEL POZO NIUBÓ
YOLANDA GONZÁLEZ ONCINS

Contacte:
esatue.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8517

Comunicació:
PÒSTER

Quins factors s'associen a un bon control en els pacients de malaltia pulmonar obstructiva crònica?

Objectiu: analitzar els factors que s'associen a un bon control de la malaltia en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Mètodes: estudi observacional descriptiu, analític. Participen persones amb diagnòstic per espirometria d'MPOC, ateses a tres CAP, mitjançant reclutament consecutiu. La variable principal d'estudi és el grau de control, segons puntuació a l'escala COPD Assessment Test (CAT), bon control és puntuació = 10. Altres variables: edat, sexe, nivell d'instrucció, classe social, comorbiditats i tractaments. Les dades s'obtenen de la història clínica informatitzada i entrevista. A part d'una anàlisi estadística descriptiva, es comparen el grup amb mal control (GMC) i el grup amb bon control (GBC) pel que fa a la resta de variables d'estudi, mitjançant test de Fisher (variables qualitatives) o *t* de Student (variables quantitatives). El nivell de significació estadística s'estableix en $p < 0,05$. Limitacions: mostra petita (resultats preliminars de l'estudi EspirCOVID, expedient CEIM: 22/116-PCV).

Resultats: s'analitzen 21 persones, 9 (42,9%) dones; 6 (28,6%) presenten bon control. Les 6 (100%) són de classe social mitjana-alta versus 4/15 (26,7%) al GMC ($p = 0,04$); al GBC 4 (66,7%) versus 2/15 (13,3%) al GMC tenen estudis secundaris o superiors ($p = 0,031$). Al GBC la mitjana d'edat és $69,3 \pm 2,3$ vs. $67,1 \pm 9,1$ al GMC. Prevalences de comorbiditats (GBC/GMC): hipertensió (50%/46,7%), dislipèmia (66,7%/40%), diabetis (16,7%/26,7%), cardiopatia isquèmica (33,3%/13,3%), ansietat (33,3%/42,9%), depressió (0%/35,7%). Al GBC el 60% són exfumadors i 0 són fumadors, mentre al GMC fumen 33,3% i són exfumadors 33,3%. Cap d'aquestes diferències assoleix significació estadística. Pel que fa a tractaments (comparant GBC/GMC) els fan servir: LAMA (16,7%/71,4%; $p = 0,05$), LABA (50%/78,6%); corticoides inhalats [CI] (50%/78,6%).

Conclusions: les persones amb MPOC ben controlada tenen més estudis i pertanyen a la classe social mitjana/alta, tenen major prevalença de malalties, excepte depressió/ansietat i diabetis. La meitat prenen LABA i CI, el 17% LAMA; mentre que al GMC prop del 80% prenen LABA o CI i més del 70% LAMA.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARMEN RAMOS DOMÈNECH
ANNA VALLDOSERA ESCATLLAR
TONY TIRADO GIL

Contacte:
carmenramosd@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8518

Comunicació:
PÒSTER

Un caso de "ansiedad" curado con marcapasos

Aquest cas clínic mostra la importància del coneixement de cada pacient en l'àmbit de l'atenció primària. Dona de 68 anys amb antecedents personals d'hipertensió arterial, dislipèmia i bloqueig de branca esquerra que va acudir en dues ocasions a urgències per astènia i sensació dispneica amb esforços. En urgències, després de realitzar-se una exploració física completa i sol·licitar una radiografia de tòrax, un electrocardiograma i una analítica sanguinària completa es va decidir l'alta a domicili amb diagnòstic d'ansietat i tractament amb benzodiazepines orals, ja que no van trobar alteracions patològiques agudes.

Quan acudeix a la nostra consulta per al control, es descobreix l'important paper del metge o metgessa de primària. Pel fet de conèixer la nostra pacient, i també la seva família i entorn comunitari, coneixem que té importants antecedents familiars de mort sobtada, fet pel qual, malgrat el diagnòstic d'ansietat, es decideix tornar a realitzar una auscultació cardíaca que mostra una bradicàrdia a 40 bpm i es realitza un electrocardiograma d'urgències que mostra un bloqueig auriculoventricular de 2n grau Mobitz amb conducció 2:1 i el bloqueig de branca esquerra ja conegut. És derivada de manera urgent a urgències hospitalàries. Després de valoració per cardiologia ingressa per a implantació de dispositiu marcapassos.

Com a conclusions d'aquest cas podem extraure la importància que té conèixer bé el nostre contingent de pacients i el seu entorn familiar. A urgències no es va preguntar pels antecedents familiars de la pacient i, per tant, una gran part de l'anamnesi no es va realitzar correctament. A la consulta de primària es van unir els coneixements personals amb els mèdics per obtenir un bon diagnòstic i aconseguir el tractament adequat per a la pacient.

MARINA PICÓ ROBLES
MARIA ANTÒNIA LAFARGA GIRIBETS
ANNA FERRE BESORA

Contacte:
mpico.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8519

Comunicació:
PÒSTER

No todo es lo que parece

Hombre de 39 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, obesidad mórbida e intervención quirúrgica en antebrazo izquierdo por infección estafilocócica con enfisema, asociada a traumatismo previo. Actualmente en tratamiento y seguimiento por trastorno de impulsividad asociado a intentos autolíticos.

Acude por dolor e inflamación en el antebrazo izquierdo con "crepitación" de 3 días de evolución sin traumatismo previo ni clínica sistémica. En la exploración destaca inflamación y crepitación subcutánea sin lesiones superficiales. Es derivado a urgencias. Se realiza analítica (sin elevación de reactantes de fase aguda) y radiografía con gas en tejido subcutáneo. Se orienta como miositis infecciosa y es hospitalizado para desbridamiento quirúrgico urgente. Las muestras para cultivos resultan normales.

Al año, presenta episodio similar. Es hospitalizado y la tomografía computarizada describe "enfisema subcutáneo en mano, muñeca y antebrazo con extensión a fascias intermusculares". El cuadro se autolimitó y fue dado de alta. Repite por cuarta vez la misma sintomatología sin clínica sistémica que remite con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

En el diagnóstico diferencial se incluyeron patologías como la fascitis necrotizante, que presentaría un aumento de reactantes de fase aguda y sintomatología sistémica; el enfisema subcutáneo facticio, por autolesión en pacientes con patología psiquiátrica; el enfisema subcutáneo infeccioso y el enfisema subcutáneo benigno recurrente.

En este caso, aunque el inicio del cuadro pudiera orientar a enfisema facticio (él niega repetidamente autolesiones) o infeccioso (cultivos negativos), dada la clínica y las pruebas complementarias, se orientó como enfisema subcutáneo benigno recurrente. Es una patología rara con pocos casos descritos. Consiste en el acúmulo de gas en tejido subcutáneo sin clínica sistémica ni alteraciones analíticas y suele autolimitarse en 4 o 5 días.

La presencia de gas en tejido subcutáneo puede estar ligada con otras patologías potencialmente graves. Es importante recalcar la importancia de la anamnesis y la exploración física en la consulta para orientar el diagnóstico de forma precoz.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MIGUEL GARCÍA AMBIT
BEATRIZ JIMÉNEZ MUÑOZ
JÚLIA ALERM POU

Contacte:
miguelgacap@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8520

Comunicació:
PÒSTER

Hemiespasmu facial

Mujer de 49 años sin reacciones alérgicas medicamentosas, no toma tratamiento habitual salvo suplementos, con antecedentes a destacar de fumadora, condromalacia rotuliana y discopatía lumbar e intervenciones quirúrgicas (cesárea, amigdalectomía y colecistectomía). Consultó en el CAP por movimientos faciales involuntarios de predominio en el ojo izquierdo similares a tics de años de evolución.

Previamente fue valorada en una clínica privada por neurología y neurocirugía. Se realizó en este centro una resonancia magnética con gadolinio que mostró contacto neurovascular entre vertebral izquierda y VII izquierdo.

Según refiere, desde niña ha tenido episódicamente algún movimiento similar en el ojo y en el malar izquierdo de poca intensidad y transitorio, que le repercute por incomodidad y estética en su día a día. Nunca ha tenido parálisis facial. Toma suplementos para evitar nerviosismo. En alguna ocasión le ha lagrimado el ojo. Se decidió la derivación a neurología del hospital de referencia y se plantearon diagnósticos diferenciales como blefaroespasmu, mioquínias faciales, distonía orofacial, tics o incluso crisis focales.

En la exploración física se observan clonías en orbicular y malar izquierdos, sobre todo al cerrar la boca, sin lagrimeo, normotensa, normofrecuente, eupneica al aire, sin focalidad neurológica observable. En consulta externa de neurología orientan como espasmu hemifacial y tras explicar beneficios y riesgos del tratamiento de elección, toxina botulínica, acepta el tratamiento, y seguimiento cada 4 meses, con infiltraciones separadas en diferentes áreas faciales en función de los espasmos presentados en los meses previos (ya que varían de localización).

Conclusión: cabe destacar la importancia de hacer una adecuada anamnesis de forma sistemática y la importancia de los antecedentes personales de la paciente, así como de una exploración física correcta que permita plantear los diferentes diagnósticos diferenciales y descartar causas urgentes de forma rápida: ambas son clave en el diagnóstico clínico.

CLARA BALLART TERRAL
LAURA MASIP CASTRO
SILVIA CALVET JUNY

Contacte:
clara.ballart.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8522

Comunicació:
PÒSTER

Una consulta més per dolors?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: malestar i dolor ossi generalitzat.

Història clínica

Dona de 57 anys que en la seva primera visita consulta per malestar i dolor ossi generalitzat. Ve acompanyada pel seu veí i cuidador informal donat que deambula amb cadira de rodes.

Antecedents: el 2011 va tenir una visita del metge de família demanada per un familiar per consum excessiu d'alcohol; el 2022, d'un treballador social, sol·licitada per l'hospital on es trobava ingressat el seu marit per malaltia terminal, que era el seu cuidador i estava preocupat per l'estat de salut de la dona, ja que tenia dificultats de mobilitat i va manifestar que la pacient des d'abans de la pandèmia deambulava amb cadira de rodes.

Situació actual: nega al·lèrgies, té un consum important de tabac i alcohol i viu sola des de la mort del marit fa 3 mesos. No té relació amb els seus fills i es troba en la pobresa extrema.

Exploració física: destaca hipofonesi en el terç mitjà de l'hemitòrax dret i el genoll dret en flexió.

Exploracions complementàries: radiografia de tòrax amb cifosi i col·lapses vertebrals sense altres alteracions; radiografia de genolls amb gonartrosi evolucionada en ambdós genolls i analítica sanguínia amb anèmia lleu, elevació de la velocitat de sedimentació globular (VSG) sense elevació de proteïna C reactiva, amb elevació de la fosfatasa alcalina (FA) i proteïnograma normal.

Orientació diagnòstica inicial: gonartrosi evolucionada amb osteoporosi amb fractures vertebrals. Dol. Vulnerabilitat social.

S'amplia analítica de metabolisme ossi per l'elevació de la FA amb el resultat de calcidiol indetectable i paratohormona (PTH) de 280 pg/ml.

Es deriva a reumatologia amb sospita d'osteomalàcia. Es demana gammagrafia òssia: severa porosi generalitzada amb possibles imatges suggestives d'osteomalàcia a la pelvis i el fèmur.

S'instaura tractament amb vitamina D i es vincula per a seguiment a serveis socials i reumatologia.

Conclusions

Tot i els recursos socials i sanitaris actuals seguim trobant persones amb gran vulnerabilitat social i diagnòstic d'osteomalàcia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CLARA BALLART TERRAL
LAURA MASIP CASTRO
SILVIA CALVET JUNOY

Contacte:
clara.ballart.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8523

Comunicació:
PÒSTER

Com pot allargar-se una simple visita de seguiment

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: seguiment d'hipertensió arterial (HTA).

Història clínica

Home de 64 anys, exfumador amb antecedents d'HTA i ansietat. En l'anàlisi de seguiment per HTA es detecta microhematúria. Aquesta es confirma i s'inicia estudi (setembre de 2022). El pacient es troba asimptomàtic i sense alteracions en l'exploració física.

Se sol·licita ecografia renovesicoprostàtica que mostra possible lesió focal mural d'1 cm, protrusió dubtosa del lòbul mitjà prostàtic. Davant d'aquesta troballa es deriva a urologia per a circuit de diagnòstic ràpid.

Des d'urologia es realitza cistoscòpia, que és normal, però a la citologia d'orina es descriuen cèl·lules epitelials atípiques sospitoses de carcinoma urotelial d'alt grau.

Davant d'aquesta situació s'amplia l'estudi amb tomografia computada abdominal que no objectiva patologia renovesicoprostàtica i es descarta neoplàsia urològica, però es detecta un nòdul suprarenal dret de 2 cm, suggestiu d'adenoma i, per tant, es realitza interconsulta amb endocrinologia.

Per descartar funcionalitat de l'adenoma es demanen metanefrines en orina de 24 h, que són normals i cortisol en orina de 24 h que surt discretament elevat, per la qual cosa es recomana una prova de frenada per la dexametasona, que és normal. Per tant, finalment es considera un incidentaloma suprarenal no funcional i es recomana seguiment en 6 mesos.

Conclusions

Des de la troballa de microhematúria el setembre de 2022 fins al darrer resultat el 8 abril de 2023 han passat 7 mesos en què el pacient ha estat físicament asimptomàtic i sense patologies rellevants, però el procés diagnòstic i l'espera de resultats li han provocat un gran patiment emocional.

ELENA MAÑES LÓPEZ
ELISA MINGUILLA MUÑOZ

Contacte:
emanes.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8525

Comunicació:
PÒSTER

Diabetis autoimmunità latent en l'adult. A propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: prescripció de recepta de Januvia® induïda per mútua privada. Explica el debut de diabetis mellitus (DM) fa 6 mesos.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 38 anys sense al·lèrgies medicamentoses ni antecedents personals d'interès. Refereix debut de DM fa 6 mesos, diagnosticada a mútua privada; aporta informes. La consulta primària es va produir per cansament i astènia de mesos d'evolució. Es realitzà analítica, que fou normal, excepte glicèmia basal (GB) de 127 mg/dl (29/9/2022). Es repeteix analítica (27/10/2022) amb valors de GB de 134 mg/dl i hemoglobina glicada (HbA_{1c}) del 6,1%. La diagnosticuen de DM de tipus 2 i pauten tractament amb Januvia® 50 mg/24 h. Una nova analítica (9/1/2023) amb GB 151 mg/dl i HbA_{1c} del 6,4% fa intensificar el tractament a Januvia® 100 mg/24 h. Exploració física normal, sense simptomatologia cardinal. Índex de massa corporal de 22 kg/m².

Enfocament familiar: sense antecedents familiars de DM ni celiaquia, tiroïdopatia ni patologia autoimmunità.

Judici clínic, diagnòstic diferencial: DM2 vs. DM1 vs. diabetis autoimmunità latent en l'adult (LADA).

Tractament i plans d'actuació: 1a visita al CAP: es pacta nova analítica amb estudi d'immunitat (27/3/23). Resultats: GB: 173 mg/dl i HbA_{1c}: 7,7%.

Anticossos anti-GAD positius 73,23, antipàncrees (illots de Langerhans) positius 1/8. Pèptid C 0,86 ng/ml (0,78-5,19).

La positivitat en els anticossos indica que és una diabetis LADA i derivem al servei d'endocrinologia de l'hospital de referència on la insulinitzen amb Toujeo® i actualment segueix amb pauta basal bol.

Conclusions

La LADA és un tipus de DM de característiques superposades entre la DM1 i la DM2. Confondre la LADA amb la DM2 té implicacions clíniques i de seguretat, ja que l'enfocament terapèutic és diferent. Hauríem de sospitar d'una DM LADA en persones que debuten joves (fins als 50 anys), amb normopès i amb un ràpid fracàs de la teràpia oral.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PAU OLIVARES SANZO
RAQUEL CANO CATIZONE
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA

Contacte:
pauolsa@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8528

Comunicació:
ORAL

A través d'un cas clínic. La síndrome de Kounis

Àmbit: urgències d'atenció primària i servei d'urgències.

Motiu de consulta: dolor toràcic.

Home de 78 anys que acudeix a urgències per dolor toràcic, dispnea i vegetativisme d'inici sobtat, associat a erupció cutània de tipus *rash* abdominal, facial i en el tronc, amb inestabilitat hemodinàmica (saturació d'oxigen del 80% i hipotensió amb taquicàrdia).

Evolució del cas: com a antecedents destaquen hipertensió arterial en tractament amb levofloxacina i metamizolol, al·lèrgia a penicil·lina, contrast iodat i ibuprofèn.

Donada la clínica suggestiva de síndrome coronària aguda amb dolor toràcic (EVA 10/10) es realitza electrocardiograma que constata elevació del segment ST a la cara inferior.

S'inicia a urgències d'atenció primària una càrrega d'àcid acetilsalicílic, mòrfics i suport amb oxigenoteràpia, així com reposició de volèmia i un cop arriba la unitat de suport vital avançat (USVA) s'administra càrrega de clopidogrel i Polaramine®, i disminueix el dolor toràcic. Es trasllada a urgències hospitalàries.

A la sala d'hemodinàmica, donat el predomini d'espasticitat bronquial i reacció urticariforme generalitzada, s'administra acetocortina, Polaramine® i adrenalina amb broncodilatadors nebulitzats. Es resolen progressivament el *rash* i la clínica respiratòria i roman sense dolor de tipus angina.

Posteriorment es realitza coronariografia amb resultat normal, absència de malaltia coronària i ventriculografia sense alteració.

Orientació diagnòstica: reacció al·lèrgica que origina un *shock* anafilàctic i la conseqüent angina vasoespàstica, síndrome de Kounis de tipus I.

Conclusions: davant un quadre de síndrome coronària aguda en pacients amb clínica d'hipersensibilitat, com urticària, broncoespasme o *shock*, cal pensar, malgrat la baixa incidència, en la síndrome de Kounis, i cal tenir-la dins del seu diagnòstic diferencial.

Per la seva baixa incidència (infraestimada) només es coneix per casos clínics i no hi ha guies de consens ni estudis.

A EUA es calcula una incidència de 8/100.000 persones.

PAU OLIVARES SANZO
RAQUEL CANO CATIZONE
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA

Contacte:
pauolsa@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8529

Comunicació:
PÒSTER

A través d'un cas clínic. Esporotricosi

Àmbit: atenció primària, medicina rural.

Motiu de consulta: lesió cutània.

Dona de 77 anys que acudeix per lesió d'inici papulosa, evolucionada a nodular, umbilicada, amb ulceració central, localitzada en el dors de la mà dreta.

Evolució del cas: antecedents mèdics d'hipercolesterolèmia, hipertensió, demència de tipus Alzheimer, diabetis *mellitus* de tipus 2 de recent diagnòstic i dislipèmia, totes en tractament farmacològic.

Nega al·lèrgies.

Per a la lesió ha fet tractament amb antibiòtic tòpic i oral empíricament durant 9 dies, sense millora i amb evolució tòrpida. No presenta afectació sistèmica.

En la nova anamnesi detallada descriu la lesió inicial com "una petita ferida mentre tallava roses per Sant Jordi que s'ha infectat i no cura" fa 18 dies. Davant les lesions descrites i l'antecedent epidemiològic compatible amb la sospita, es fa una exploració completa i s'incideix en el sistema limfàtic, l'aparell osteoarticular i el respiratori, que no mostren indicis d'afectació. S'inicia el tractament amb itraconazole via oral (antifúngic d'elecció) amb resposta eficaç, s'atura l'extensió de la lesió i finalment es resol el quadre, amb bona tolerància al tractament.

Orientació diagnòstica: esporotricosi d'afectació cutània causada pel fong sapròfit *Sporothrix schenckii*.

Conclusions: l'esporotricosi és una infecció cutània causada pel fong sapròfit *S. schenckii* que inusualment pot afectar l'aparell respiratori i el sistema hematològic, no obstant la seva extensió limfàtica. Si no es detecta i tracta a temps pot tenir conseqüències greus. És un diagnòstic diferencial a tenir en compte en lesions per punxada en la horticultura i altres tasques agrícoles. S'ha de diferenciar de micobacteris atípics, *Micobacterium tuberculosis* i *Nocardia*.

És important contemplar-la i fer una bona anamnesi, ja que la detecció i tractament precoç eviten els quadres sistèmics i greus.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALICIA SAINZ COMAS
CINTA ESTRADA ALIFONSO
BLANCA TORRES CARDÚS

Contacte:
asainzc.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8530

Comunicació:
PÒSTER

Mai és tard per a la miastènia

Dona de 80 anys que consulta per molèsties als ulls. Ha estat visitada fa 1 setmana a urgències on s'orienta com a conjuntivitis i consulta amb la seva metgessa de família per falta de millora.

A l'anamnesi refereix molèsties mal definides a ambdós ulls. Sense fotofòbia, pruija ocular ni epífora. Comenta visió borrosa, sense miodesòpsies, ni diplopia.

A més a més, explica una debilitat generalitzada de predomini als matins en els últims 2 anys i creu que ha perdut massa muscular. A l'anamnesi dirigida refereix algun episodi de disfonia ocasional. Dubtosa claudicació mandibular. Sense dispnea, sense cefalea.

Sembla que hi ha un component emocional també: surt poc al carrer, es troba apàtica i la parella que l'acompanya insisteix que tot això és per la depressió.

En l'exploració física crida l'atenció una ptosi bilateral de predomini esquerre fins a mitja pupil·la, amb moviments oculars extrínsecs (MOE) conservats i pupil·les isocòriques i normoreactives (PICNR). Sense alteracions a la conjuntiva ni exsudats. Força 5/5 als membres superiors i inferiors.

Davant la ptosi es planteja com a diagnòstic diferencial miastènia *gravis* (MG), síndrome de Horner o una paràlisi del parell cranial III.

A consulta es va decidir realitzar el test del fred per la seva senzillesa i validesa.

Amb la sospita d'MG es va fer una derivació a neurologia urgent per a valoració, que confirmà el diagnòstic d'MG ocular i s'inicià piridostigmina.

Aquest cas ressalta un cop més la importància d'una anamnesi i exploració física acurades i la capacitat que ha de tenir el metge o metgessa de família per relacionar els símptomes i signes de la persona encara que aquests siguin inespecífics, de llarga evolució o que l'inici d'aquests no sigui el més freqüent per edat. A més, no s'ha de caure en l'error d'atribuir la simptomatologia exclusivament a un trastorn de l'ànim quan hi ha signes d'alarma.

RAQUEL CANO CATIZONE
PAU OLIVARES SANZO
ROSA LLOVET FONT

Contacte:
rcano.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8531

Comunicació:
PÒSTER

Angioedema inducido por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. A propósito de un caso

Àmbit del caso: atención primaria (AP).

Motivo de consulta: edema de labio inferior.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin reacciones adversas a medicamentos, hipertensión arterial, enfermedad por reflujo gastroesofágico, ansiedad y obesidad. Tratamiento: enalapril 20 mg, lercanidipino 20 mg, omeprazol 20 mg, lorazepam 1 mg, quetiapina 50 mg.

Anamnesis: hombre de 43 años de raza negra que acude a urgencias de AP por cuadro de edema de labio inferior de horas de evolución. Sin prurito. Niega la toma de nuevos fármacos ni ingesta de frutos secos, pescado fresco o marisco. Niega contacto con animales o plantas. Refiere episodio similar hace 5 meses. En la historia clínica se constata antecedente de cuadro de angioedema de labio inferior, sin otra clínica asociada, que se trató con Urbason® 80 mg intramuscular y Polaramine® 5 mg intramuscular, sin mejoría al alta.

Exploración física: tensión arterial de 127/95 mmHg, 89 lpm, saturación de oxígeno del 98%, faringe normal, sin edema de úvula. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Sin afectación cutánea.

Pruebas complementarias: no se realizan.

Diagnóstico diferencial: angioedema (inducido por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA], por déficit del inhibidor de C1, reacciones alérgicas a alimentos, medicamentos o picaduras de insecto, etc.), dermatitis de contacto, celulitis, erisipela, linfedema facial, patologías autoinmunes, blefarocalasia, hipotiroidismo, síndrome de la vena cava superior.

Juicio clínico: angioedema inducido por IECA.

Tratamiento: se suspendió el IECA y se sustituyó por un antagonista de los receptores de la angiotensina (ARA) II.

Evolución: tras suspender enalapril, el paciente no presentó nuevos episodios de angioedema.

Conclusiones

Los IECA producen angioedema en el 0,1-0,7% de los usuarios. La incidencia es hasta 5 veces mayor en pacientes de ascendencia africana. El diagnóstico es clínico: paciente tratado con IECA con angioedema sin prurito ni urticaria. Se confirma cuando se suspende el IECA y no se producen nuevos episodios. El tratamiento se basa en suspender el IECA y mantener la vía respiratoria permeable. No responde a corticoides, antihistamínicos ni adrenalina.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANGELICA PAOLA MAIMONE FARIAS
MONTSERRAT CIURANA TEBÉ
MERCÈ BUSQUETS ESCOBET

Contacte:
paomaimone@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8532

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, tinc un dolor a l'esquena

Motiu de consulta: dolor lumbar + hipertensió arterial.

Història clínica

Dona de 47 anys, sense antecedents d'interès, que consulta per dolor lumbar dret de 12 h d'evolució sense altra clínica associada, se li recomana analgèsia (antiinflamatoris no esteroïdals/paracetamol). Reconsulta al cap d'uns dies per persistència del dolor i sensació distèrmica sense febre.

Anamnesi i exploració física: bon estat general, normoacolorida, abdomen tou, depressible, dolor a la palpació de l'hemiabdomen dret, puny-percussió lumbar ++ bilateral.

Proves complementàries: Coombur: hematies+++ . Anàlítica urgent: alteració del perfil renal de creatinina 1,2 (prèvia 0,62) amb filtrat glomerular de 60 ml/min (previ 120 ml/min). Es deriva a urgències hospitalàries per a valoració i ampliació de l'estudi. Tomografia computada abdominal (14 de març): litiasi renal obstructiva. Se li recomana col·locació de catèter doble J. La pacient no accepta i és alta a domicili, pendent de litotrícia amb analgèsia. A domicili presenta alteracions de la tensió arterial (TA) de 210/110 mmHg amb cefalea sense dolor lumbar. Es va anar fent registres amb automesura de la pressió arterial (AMPA).

Ecografia renovesical (4 d'abril): dilatació pieloinfundibular i ureteral proximal, sense evidenciar causa obstructiva.

Evolució: s'orienta inicialment com a còlic renal lleu, tractat amb analgèsia. Davant la persistència de la clínica, es realitza valoració hospitalària urgent. Amb les proves s'objectiva litiasi obstructiva amb crisi hipertensiva secundària. Urologia indica col·locació d'un catèter, no acceptada per la pacient. Apareix TA elevada que planteja l'inici de tractament antihipertensiu amb antagonistes del calci. Al final, la pacient no va precisar iniciar l'antihipertensiu per expulsió del càlcul i la regulació de les xifres tensionals.

Diagnòstic diferencial: litiasi renal obstructiva dreta complicada, hipertensió arterial secundària, patologia lumbar, infart renal.

Orientació diagnòstica: hipertensió arterial secundària a litiasi renal obstructiva.

Conclusions

Davant d'una persistència clínica és important el control més agut de la seva evolució i la seva clínica amb proves complementàries associades (analítica, AMPA, ecografia i tomografia computada renal) si calen per al control de les possibles conseqüències o desencadenants de la patologia principal. Sobretot, cal tenir en compte les causes secundàries dels augments tensionals.

SIRA CASABLANCAS FIGUERAS
IRENE TROYANO LUIS
MARIA MERCEDES ASENSIO PÉREZ
ELISENDA SANT ARDERIU

Contacte:
scasabla@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8533

Comunicació:
PÒSTER

Iniciant Planifi.cat

Objectius: aconseguir un abordatge proactiu dels pacients amb malalties cròniques a l'atenció primària, reagrupant les proves i visites de manera més eficient per als pacients i professionals amb la finalitat d'afavorir un millor control clínic.

Descripció de l'experiència: Planifi.cat és un algoritme informàtic que analitza la informació clínica actual de cada pacient i proposa la cronologia de les citacions de les visites i proves complementàries per als propers 12 mesos. Analitza pacients que tenen codificats a l'eCAP determinats diagnòstics actius de patologia crònica. Es basa en protocols i guies de pràctica clínica vigents.

A l'octubre del 2022 s'inicià la prova pilot amb dos equips d'unitat bàsica assistencial (UBA) 3 (administratiu [UAC], infermeria [INF] i medicina de família [MF]) formats prèviament.

El llistat Planifi.cat dels pacients es troba ubicat al repositori SISAP. MF i INF revisen el llistat proposat comparant amb les dades clíniques del pacient a l'eCAP i s'envien a programar.

UAC rep el llistat revisat, contacta telefònicament amb els pacients i programa les visites indicades. Posteriorment, es lliuren les programacions en paper i recordatoris en SMS.

Conclusions: la implementació del programa Planifi.cat és un punt de partida per reordenar i millorar l'atenció als pacients amb patologia crònica.

Potencia el treball en equip, es reparteixen tasques, es consensuen procediments i es promou l'atenció proactiva als pacients, i reforcen les figures de la UAC i l'INF.

Aplicabilitat: per afavorir-la, el programa hauria de ser accessible des de l'eCAP per facilitar la identificació i inclusió dels pacients. Es recomana tenir espais no assistencials o sense altres tasques per poder realitzar les revisions i programacions. Hi ha grups de pacients que, per diferents característiques, considerem que no són candidats adients, a menys en fases primerenques.

És aplicable en zones urbanes i rurals, ja que facilita i optimitza les programacions i les visites dels pacients.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SÍLVIA RIFA TERRICABRAS
CARLA REYES NEGRE
MARIA DE CIURANA GAY

Contacte:
silvifariferri@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8534

Comunicació:
PÒSTER

No vull anar a l'hospital

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: dispnea i astènia.

Història clínica

Home de 59 anys amb antecedents d'asma i exfumador. Reconsulta a AP per persistència de clínica.

Valorat a urgències hospitalàries la setmana anterior, presentava elevació de reactants de fase aguda i radiografia amb consolidació al lòbul mitjà dret. Orientat com a dolor muscular i condensació pulmonar mucosa en pacient asmàtic. Es va pautar tractament simptomàtic.

Reinterrogant, referia astènia i anorèxia amb pèrdua de pes, sudoració nocturna, tos amb expectoració, dispnea de moderats esforços i rash cutani palmoplantar autolimitat les 2 setmanes prèvies a l'inici del quadre.

Judici clínic: síndrome tòxica en pacient exfumador amb dispnea i condensació pulmonar. Diagnòstic diferencial principal: neoplàsia pulmonar vs. pneumònia.

Es va recomanar derivació a urgències per a estudi, però el pacient va manifestar la preferència de realitzar el diagnòstic i el seguiment estret des d'AP per evitar l'hospitalització.

Tractament, pla d'actuació i evolució: es va demanar tomografia computada (TC) toràcica urgent i es va iniciar tractament antibiòtic amb amoxicil·lina-àcid clavulànic. La manca de millora clínica 72 hores després, l'antecedent de rash palmoplantar i la pràctica de relacions sexuals de risc van fer demanar serologies, que van resultar ser diagnòstiques de sífilis. La TC urgent informava de pneumònia amb procés d'abscessificació. Es va començar tractament amb penicil·lina G benzatina 2.400.000 IM/DU.

Millora clínica després d'1 setmana de tractament. TC de control 4 setmanes després, amb millora radiològica.

Conclusions

Les manifestacions pulmonars en la sífilis secundària són poc conegudes i rarament són descrites a la literatura. La relació metge-pacient en atenció primària permet l'espai i la confiança per interrogar sense prejudicis sobre conductes sexuals de risc. La possibilitat de realitzar un control evolutiu estret i l'agilitat per coordinar ràpidament les proves diagnòstiques permeten el diagnòstic i el tractament amb èxit de patologia complexa, i minimitzar, així, els riscos de l'atenció hospitalària.

JOSÉ BERNARDO BLANCO PÉREZ
MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO
ZUNEL LUCÍA PINTOS VERJEL

Contacte:
jblanco@hopiolot.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8536

Comunicació:
PÒSTER

Un vertigen persistent

Home de 55 anys natural d'Ucraïna amb antecedents de diabetis *mellitus* de tipus 2 mal controlada i hipertensió arterial. Acut a urgències referint mareig amb sensació de rotació d'objectes d'una setmana d'evolució, que s'exacerba amb els moviments i cedeix amb el repòs. Es realitza exploració física i analítica sanguínia on només destaquen un nistagme horitzontal i hiperglucèmia (261 mg/dl). Davant de l'estabilitat del pacient s'orienta el quadre com a vertigen posicional paroxístic benigne i inicien tractament amb sulpirida.

Tres dies més tard reconsulta amb el seu metge de família per persistència de clínica, malgrat que ha realitzat el tractament pautat. Es realitza una exploració física completa que mostra hipoestèsia d'hemicara esquerra i pèrdua de força a l'hemicòs esquerre, amb dismetria dit-nas esquerra des de feia una setmana, sense visió doble, ni disàrtria ni disfàgia.

En la valoració de la marxa s'observa un augment de la base de sustentació i atàxia, amb lateralització cap a l'esquerra, amb signe de Romberg positiu i impossibilitat d'avaluar la marxa en tàndem.

Davant la sospita d'un origen cerebel·lós del vertigen, es deriva el pacient a urgències hospitalàries on es realitza tomografia computada de crani i s'obté el diagnòstic d'infart cerebel·lós esquerre establert en el territori de l'artèria cerebel·losa posteroinferior, amb compressió parcial del IV ventricle per edema.

Malgrat que el vertigen posicional paroxístic benigne és la causa més freqüent de vertigen i es caracteritza per la sensació de gir d'objectes, d'inici brusc i que apareix per canvis de la postura del cap, no hem d'oblidar la realització del diagnòstic diferencial amb altres patologies menys freqüents, però amb més gravetat. Per aquest motiu és d'especial importància realitzar una correcta anamnesi i una exploració física completa a la recerca d'altres símptomes acompanyants, com ara acúfens, focalitat neurològica, alteracions autonòmiques o cefalea.

SIRA CASABLANCAS FIGUERAS
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MONTOLI
ESTHER SENAR ABELLÁN
MARÍA FLORENCIA POBLETE PALACIOS
MIAO QI YE JI
ALBA CALDERÓ TORRA

Contacte:
scasabla@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8537

Comunicació:
PÒSTER

Retinografia en atenció primària 12 anys després

Objectiu: el cribratge de la retinopatia diabètica (RD) en atenció primària (AP) mitjançant retinografia amb càmera no midriàtica (RCNM) està implementat des del juliol del 2010 al nostre centre. El nostre objectiu és contrastar els resultats obtinguts del cribratge de juliol a desembre de 2010, 2016 i 2022.

Pacients i mètodes: les variables estudiades són: nombre de pacients, normals, RD, altres patologies, no valorable, derivació a oftalmologia. **Pacients inclosos:** amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) de 18 a 80 anys sense criteris d'exclusió segons els indicadors assistencials de l'eCAP. S'inclouen les retinografies realitzades el segon semestre de 2010, 2016 i 2022 i es comparen. Tècnica realitzada per infermeria (per a 2010 i 2016) i optometrista (per a 2022). Imatges avaluades per medicina de família (MF) (2010 i 2016) i MF i optometrista (2022). S'ha utilitzat el test khi quadrat per analitzar diferències en les proporcions entre grups, per tipus de troballes, amb una confiança del 95% ($p < 0,05$). L'aparell d'RCNM actual incorpora tomografia de coherència òptica (OCT; TOPCON3DOCT-1 maestro2). **Limitació:** avaluar l'últim semestre. Base de dades de l'agenda de l'optometrista anonimitzada. **Conflictes ètics o legals:** no.

Resultats: el nombre de pacients examinats ha estat: 155 el 2010, 224 el 2016 i 158 el 2022. **Troballes a l'RCNM:** a) 2010: 5,81% RD, 69,03% normals, 18,71% no valorables i 6,45% altres alteracions. b) 2016: 2,23% RD, 62,5% normals, 28,13% no valorables i 7,14% altres alteracions. c) 2022: 2,53% RD, 79,1% normals, 6,9% no valorables i 11,39% altres patologies. **Derivacions a oftalmologia:** 30,97% el 2010, 37,5% el 2016 i 6,9% el 2022. A l'estudi dels anys 2010 i 2016, en comparació amb el del 2022, va haver-hi diferències estadísticament significatives entre els dos períodes (khi test: 26.944, $gl = 3$, $p < 0,001$).

Conclusions: estabilització en la realització d'RCNM, tot i que el còmput anual seria superior el 2016 i el 2022. És un mètode efectiu des de l'inici; el percentatge de patologia i de derivacions es va mantenir estable en els dos primers períodes i ha disminuït el 2022. Atribuïm aquests canvis al nou aparell i la incorporació d'OPT en el circuit.

EVA MARÍA SATUÉ GRACIA
MARÍA JOSÉ FORCADELL PERIS
CINTA DE DIEGO CABANES
DOMINGO J. RIBAS SEGÚ
VERÓNICA TORRAS VIVES
ÀNGEL VILA CÓRCOLES

Contacte:
esatue.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8539

Comunicació:
PÒSTER

Incidència de pneumònia pneumocòccica per sexe i nivell d'immunocompromís en persones adultes a Catalunya

Objectiu: analitzar i comparar la incidència de pneumònia pneumocòccica hospitalitzada segons sexe i nivell d'immunocompetència en adults grans.

Material i mètodes: estudi de cohorts, base poblacional. Inclou persones ≥ 50 anys adscrites a CAP de l'Institut Català de la Salut. La variable resposta és hospitalització per pneumònia pneumocòccica (PP, codi J13 de la Classificació Internacional Malalties [CIM-10], registrada a l'alta); les independents, sexe i nivell d'immunocompetència basal (immunocompetents, amb malalties cròniques, immunocompromesos). Fonts de dades: Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació a l'Atenció Primària (SIDIAP) i Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) de la Xarxa d'Hospitals Públics de Catalunya. Anàlisi estadística: freqüències absolutes/relatives, taxes d'incidència (TI) per 100.000 persones-any, raó d'incidències homes/dones amb intervals de confiança (IC) del 95%. Limitacions: no s'ajusten els resultats per estat vacunal. Consideracions ètiques: estudi aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació amb Medicaments (CEIM) IDIAP Jordi Gol (expedient P14/134).

Resultats: cohort de 2.059.645 persones, edat mitjana $66 \pm 11,4$, 1.186.634 (53,8%) dones, seguides entre 1/01/2017 i 31/12/2018. S'analitzen tres grups: (G1) immunocompetents: 1.055.206 persones (51,2%), 631.848 (59,9%) dones; (G2) malalties cròniques: 800.992 (38,9%), 370.395 (46,2%) dones; (G3) immunocompromesos: 203.447 (9,9%), 106.391 (52,9%) dones. Les TI (per 100.000 persones-any) de PP hospitalitzada per sexe van ser: a) en homes, G1 43,58, G2 129,28 i G3 255,01; b) en dones, G1 39,25, G2 96,79 i G3 179,53. Les raons d'incidència (homes/dones), per grups de risc, van ser: G1 1,11 (IC95%: 1,07-1,15); G2 1,34 (IC95%: 1,30-1,37); G3 1,42 (IC95%: 1,40-1,44).

Conclusions: les TI de PP hospitalitzada augmenten amb el nivell d'immunocompromís, essent majors en homes que en dones a tots els estrats. Les diferències homes/dones també augmenten amb l'estrat de risc. Caldria investigar possibles causes d'aquestes diferències i tenir-les en compte en les estratègies de prevenció i tractament d'aquesta malaltia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MIGUEL GARCÍA AMBIT
ELISABET FLORENSA ROQUET-JALMAR
NARINÉ GHARIBYAN AVETISYAN

Contacte:
miguelgacap@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8540

Comunicació:
PÒSTER

Diafragma a ritme de marcapàs

Dona de 87 anys, amb antecedents a destacar d'hipertensió arterial, insuficiència renal crònica, artritis reumatoide, insuficiència cardíaca (IC) i marcapàs per fibril·lació auricular, consulta demanant atenció domiciliària per moviments espasmòdics i fasciculacions a nivell de la paret abdominal superior sense altre clínica acompanyant.

A l'arribar al domicili explica aparició de moviments involuntaris a nivell de la paret abdominal de 4 hores d'evolució. En l'exploració física es troba normotensa, normofreqüent, eupneica a l'aire. Tons cardíacs rítmics sense bufs. Auscultació respiratòria amb murmuris vesiculars conservats, amb lleus crepitants bibasals. S'observen contraccions a nivell abdominal rítmiques i involuntàries, abdomen tou, no dolorós a l'exploració. Peristaltisme conservat.

Durant l'anamnesi la pacient comenta que unes hores abans de l'aparició dels moviments involuntaris va tenir una visita rutinària a la unitat d'arrítmies on li havien sincronitzat el marcapàs. Diagnòstics diferencials: insomni, ansietat, efecte secundari d'un diürètic, dèficit nutricional, trastorn metabòlic (diürètic per a IC), debilitat, miopatia, marcapàs.

Atès que l'exploració física no objectiva cap altre signe i que la pacient no presenta clínica acompanyant es deriva a l'hospital de referència per valorar si pot ser un efecte secundari del marcapàs.

A l'arribar és valorada per cardiologia. Fan el canvi a mode ventricular (VVI) amb resolució de l'estimulació diafragmàtica. Es realitza radiografia de tòrax amb normoposicionament dels elèctrodes. Retornen al domicili amb visita de control a la unitat d'arrítmies amb orientació d'estimulació diafragmàtica per marcapassos en mode bicameral (DDD).

Conclusions: aquest cas és un exemple de la importància de fer la història clínica de forma sistemàtica, perquè les fasciculacions són contraccions musculars incontrolables que poden tenir diferents causes. Sense interrogar i conèixer que la pacient havia anat a la unitat d'arrítmies, la manipulació del marcapàs no hauria estat dins del llistat del diagnòstic diferencial. Una bona anamnesi i l'exploració física són clau per fer un diagnòstic clínic.

MARÍA JOSÉ FORCADELL PERIS
EVA MARÍA SATUÉ GRACIA
CINTA DE DIEGO CABANES
VERÓNICA TORRAS VIVES
DOMINGO RIBAS SEGUÍ
ÀNGEL VILA CÓRCOLES

Contacte:
mjforcadell.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8542

Comunicació:
PÒSTER

Incidència i mortalitat per malaltia pneumocòccica per sexes en majors de 50 anys a Catalunya

Objectiu: analitzar la incidència i mortalitat per hospitalització relacionada amb malaltia pneumocòccica (HMP), segons sexe i grups d'edat en la població ≥ 50 anys.

Material/mètodes: estudi de cohorts de base poblacional, amb 2.059.645 persones (951.011 homes i 1.108.634 dones), seguides des del dia 01/01/2017 fins al 31/12/2018. Àmbit: centres d'atenció primària i hospitals públics de Catalunya. Variables principals: hospitalització i mort per HMP, segons diagnòstic a l'alta hospitalària. Variables independents: sexe i edat segons registre a la història clínica (eCAP). Anàlisi estadística: s'han calculat taxes d'incidència per 100.000 persones/any amb intervals de confiança (IC) del 95% i índex de mortalitat (%) amb IC al 95%. Limitacions: els resultats no s'han ajustat per factors de risc. Ètica: l'estudi ha estat aprovat pel CEIM de l'IDIAP Jordi Gol (P14/134).

Resultats: els membres de la cohort s'han seguit per 3.958.528 persones/any. S'han observat 2.424 i 1.878 HMP en homes i dones, respectivament. Morts per HMP: 186 homes i 130 dones. Taxa d'incidència global en homes: 254,9/100.000 persones/any, IC95% (239,3-271,2). Per edats: 50-64 anys: 107,2 IC95% (98,1-117,2); 65-79 anys: 334,1 IC95% (313,7-355,5); ≥ 80 anys: 669,9 IC95% (624,3-718,1). Taxa d'incidència global en dones: 169,4/100.000 persones/any IC95% (159,1-180,2). Per edats: 50-64 anys: 68,4 IC95% (61,5-76,1); 65-79 anys: 155,1 IC95% (143-168,1); ≥ 80 anys: 450,5 IC95% (421,7-481,1). Índex de mortalitat global en homes: 7,7% IC95% (6,6-8,9). Per edats: 50-64 anys: 5,6 IC95% (3,78-8); 65-79 anys: 6,6 IC95% (5,2-8,4); ≥ 80 anys: 10,4 IC95% (8,3-13). Índex de mortalitat global en dones: 6,9% IC95% (5,7-8,3). Per edats: 50-64 anys: 4,1 IC95% (2,3-6,8); 65-79 anys: 3,8 IC95% (2,4-5,7); ≥ 80 anys: 9,9 IC95% (8-12,3).

Conclusions: tant la incidència d'HMP com la mortalitat és més elevada en homes que dones, essent superior en homes a tots els estrats d'edat, però augmentant significativament amb l'edat. Destacar que la mortalitat entre sexes s'igualava al grup de més edat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARÍA JOSÉ FORCADELL PERIS
EVA MARÍA SATUÉ GRACIA
CINTA DE DIEGO CABANES
DOMINGO RIBAS SEGUÍ
VERÓNICA TORRAS VIVES
OLGA OCHOA GONDAR

Contacte:
mjforcadell.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8547

Comunicació:
ORAL

Diferències de sexe en l'efectivitat de la vacunació antipneumocòccica en adults: estudi de cohorts de base poblacional

Objectiu: investigar l'efectivitat clínica de la vacunació antipneumocòccica (vacuna polisacàrida pneumocòccica 23-valent, VPP23), per sexes, en adults ≥ 50 anys de Catalunya.

Material/mètodes: estudi de cohorts de base poblacional. Ha inclòs 2.059.645 adults (951.011 homes i 1.108.634 dones), seguits des del dia 01/01/2017 fins al 31/12/2018. Àmbit: CAP de l'Institut Català de la Salut i hospitals públics de Catalunya. Fonts de dades: per identificar pacients vacunats amb VPP23, s'han utilitzat dades registrades a la història clínica electrònica dels CAP i per a les hospitalitzacions relacionades amb malaltia pneumocòccica (HMP), el sistema nacional de vigilància de dades d'altres hospitalàries (CMBD). Variables principals: hospitalització per HMP. Variables independents: sexe i estat vacunal. Anàlisi estadística: s'han calculat taxes d'incidència per 100.000 persones/any amb intervals de confiança (IC) del 95%. Limitacions: Els resultats no s'han ajustat per factors de risc/comorbiditats. Ètica: l'estudi ha estat aprovat pel CEIM de l'IDIAP Jordi Gol (P14/134).

Resultats: entre els homes, 356.149 (37,4%) han estat vacunats amb VPP23, i 442.399 (39,9%) dones. Entre el homes vacunats hi va haver 1.674 HMP amb taxa d'incidència 246,2/100.000 persones/any IC95% (231,2-262,0). Entre els 594.862 homes no vacunats (62,2%) hi va haver 750 HMP amb taxa d'incidència 65,8/100.000 persones/any IC95% (61,1-70,9). Entre les dones vacunades, hi va haver 1.281 HMP amb taxa d'incidència 150,3/100.000 persones/any IC95% (141,1-159,9). Entre les 666.235 dones no vacunades (60,1%) hi va haver 597 HMP amb taxa d'incidència 46,4/100.000 persones/any IC95% (42,8-50,3).

Conclusions: hi ha gairebé la mateixa proporció d'homes que de dones vacunades amb VPP23, però els homes ingressen gairebé 2 cops més (1,64) que les dones. Destacar una major taxa d'incidència d'HMP entre les persones vacunades, encara que possiblement això podria reflectir simplement que aquestes presenten major nombre de comorbiditats basals.

ALEJANDRO LASCORZ GRACIA
MARIA JUÁREZ AMENGUAL
MARINA ROVIRA ILLAMOLA
CRISTINA COLUNGO FRANCA
NOEMÍ GARCÍA PLANAS
MIREIA SANS CORRALES

Contacte:
lascorz@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8548

Comunicació:
PÒSTER

Avaluació d'accions de millora en la prescripció d'apòsits en un centre d'atenció primària

Objectiu: descriure resultats d'accions de millora en la prescripció d'apòsits de cures impulsades durant el 2022 per la comissió de farmàcia d'un CAP.

Material i mètodes: disseny: retrospectiu observacional, CAP urbà (població assignada 30.000 habitants).

Període d'intervenció: 2022, comparatiu amb 2021.

Mètode: establir accions de millora en la prescripció d'apòsits des de la comissió de farmàcia, integrada per infermeria, metges/esses de família i una farmacèutica.

1. Revisió mensual de prescripcions vigents per detectar errades i fer correccions amb el prescriptor.
2. Formació de l'equip d'infermeria sobre adequació de prescripció d'apòsits.
3. Elaboració d'una guia de suport de la prescripció d'apòsits seleccionant productes amb millor relació cost-eficiència.
4. Gestió infermera de les ferides adequant la prescripció d'apòsits.

Variables analitzades: a partir de dades de facturació de receptes d'apòsits es calculà la despesa (import líquid) corresponent, nombre de receptes d'apòsits, nombre de pacients amb prescripció, mitjana del cost per recepta d'apòsit prescrit i mitjana del cost d'apòsit/pacient.

Revisió de comissió d'investigació del centre.

Resultats: la reducció de receptes d'apòsits fou del 24,6%, i la despesa (import líquid) un 41,9% l'any 2022 respecte el 2021, amb una disminució de 769 receptes i un estalvi de 21.451,08 €. Els pacients amb prescripció d'apòsits s'incrementaren un 6,3% (2021: 286; 2022: 304). La mitjana del cost per recepta d'apòsit prescrit es reduí de 16,38 € el 2021 a 12,62 € el 2022. La mitjana de cost d'apòsit/pacient es reduí de 179,11 € el 2021 a 97,94 € el 2022.

Conclusions: la formació actualitzada d'infermeria, l'elaboració d'una guia d'apòsits de suport, la revisió periòdica de prescripcions d'apòsits i la gestió infermera de totes les cures i prescripcions relacionades ha permès una reducció tant del nombre de prescripcions inadequades com de la despesa.

MARCELA K. MEJÍA MONDRAGÓN
JOSÉ MARÍA PALACÍN PERUGA
ANNA LLINÀS VAQUER

Contacte:
mmejia.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8549

Comunicació:
PÒSTER

Valoración inicial con ecografía tiroidea. ¿Ayuda en tiroiditis?

Acude a urgencias hospitalarias mujer de 50 años, sin antecedentes personales de interés, con odinofagia irradiada a mandíbula y oído derecho de 5 días de evolución y algún pico febril. Ambiente epidemiológico desconocido. Tras visita inicial se consulta con el servicio de otorrinolaringología y se plantea la posibilidad diagnóstica de una tiroiditis. Es remitida a atención primaria.

En la consulta, en la exploración se palpa tiroides aumentado de tamaño y doloroso en el lado derecho. Nos planteamos la realización de ecografía clínica tiroidea, que es más rápida con respecto a otras, como la analítica sanguínea. Observamos un lóbulo tiroideo derecho (LTD) de 2,20 x 2,50 x 5 cm, con bordes lisos y bien definidos, ecotextura heterorregular e hipoecogénica. El lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) presenta tamaño normal, con un pequeño foco hipoecogénico de bordes bien delimitados.

Por las características ecográficas, sumadas a la presentación clínica, el diagnóstico se orienta hacia una tiroiditis subaguda de Quervain. Solicitamos analítica sanguínea que muestra niveles de tirotrópina (TSH) de 0,02 mU/l, tiroxina (T4) 41,0 pmol/l, anticuerpos antitiroperoxidasa (anti-TPO) y anticuerpos antitiroglobulina negativos. Se pauta tratamiento antiinflamatorio y nuevo control.

Una semana después acude con clínica hipertiroidea: náuseas, taquicardia, sudoración profusa, cansancio y pérdida de 2 kg. En la ecografía podemos ver el mismo patrón descrito en LTD, aumento del tamaño LTI con extensión de dicho patrón a la mitad del lóbulo. La analítica de control presenta una TSH de 0,01 mU/l y una T4 de 66,4 pmol/l. Se ajusta tratamiento con corticoterapia y betabloqueante. Se cita para nuevo control.

La ecografía clínica tiroidea es altamente resolutive, mejora el manejo diagnóstico y terapéutico, así como el seguimiento. En nuestro caso, tras dos valoraciones médicas hospitalarias, la paciente salió solo con diagnóstico de sospecha, mientras tras nuestra valoración con exploración ecográfica se orientó y trató de forma más precisa.

CAROLINA CALERO BLÁZQUEZ
ZÚNEL LUCÍA PINTOS VERJEL
DÀLIA SÀNCHEZ PONCE

Contacte:
ccalero.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8550

Comunicació:
PÒSTER

Tot en família

Pacient de 54 anys, natural de la Índia, treballador a indústries càrniques sense antecedents patològics.

Arrel de dolor al turmell dret és diagnosticat d'hiperparatiroidisme primari amb hipercalcèmia greu secundària a adenoma paratiroidal esquerre. Es realitza paratiroidectomia esquerra que té com a seqüela una disfonia permanent per paràlisi de la corda vocal esquerra completa. Com a conseqüència, el pacient ha perdut la feina, la capacitat de comunicar-se per via telefònica amb els seus familiars a distància, ha repercutit greument en les seves relacions socials i en les activitats de la vida quotidiana. Tot això li ha ocasionat una síndrome depressiva major.

El pacient pertany a la comunitat sikh, a la regió del Punjab de la Índia, amb una tradició familiar molt arrelada on no s'individualitzen els problemes de cada integrant, sinó que es tracten des d'un vessant familiar i comunitari. Tots i totes participen, opinen, intervenen davant les dificultats a què s'enfronta cada membre per donar-li suport.

El pacient no és capaç de comunicar-se a la consulta tant per l'idioma com per la disfonia incapacitant que presenta. Per això, a les visites de seguiment, sempre acut acompanyat de diversos membres de la seva comunitat que interpreten els seus malestans i col·laboren en la presa de decisions compartides entre el pacient i els i les professionals sanitàries.

Se li ha proposat la realització d'una tiroplàstia sense garanties de resolució que el pacient i la comunitat sikh de l'entorn han desestimat.

Conclusions: en algunes comunitats, la força de l'acompanyament familiar té una importància cabdal per afrontar les dificultats de l'individu. Com a metgesses de família hem de tenir en compte el poder que té el grup en l'evolució de la malaltia i en la presa de decisions.

El pacient i la seva família més propera (filles i dona) ha autoritzat la divulgació de la seva història.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ZÚNEL LUCÍA PINTOS VERJEL
CAROLINA CALERO BLÁZQUEZ
MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO

Contacte:
zpintos.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8551

Comunicació:
PÒSTER

No tot és pel tabac

Motiu de consulta: control analític anual per diabetis *mellitus* i hipertensió arterial.

Home de 76 anys fumador, hipertens, diabètic i amb nefrectomia esquerra el 2009, que segons refereix ell, es tractava d'un tumor benigne. No disposem de més informació.

Es realitzà analítica de control en què destacava una hemoglobina (Hb) de 19,1 g/dl, hematòcrit (Hct) de 57,4% i eritròcits $5.96 \times 10^6/\text{mcl}$. S'insisteix en l'abandó del tabac amb intenció de disminuir la poliglobúlia.

Tot i això, es va fer una revisió bibliogràfica sobre l'actuació davant la poliglobúlia que aconsellava realitzar una ecografia abdominal i una analítica amb determinació de eritropoetina (EPO).

Es realitza nova analítica: Hb 18 g/dl, Hct 52%, eritròcits $5.6 \times 10^6/\text{mcl}$ i EPO normal. El pacient havia disminuït el consum de tabac. Restava pendent l'ecografia abdominal.

L'ecografia va mostrar una massa a regió epigàstrica sòlida i heterogènia amb calcificacions i molt vascularitzada. Es va completar estudi amb tomografia computada abdominal que va confirmar aquesta massa sospitosa de metàstasi, però sense evidenciar-se tumor primari.

Es diagnosticà el pacient de metàstasi pancreàtica de carcinoma de cèl·lules clares. Es tracta d'una lesió pancreàtica que atrapa l'arrel del mesenteri i amb circulació colateral. Es valora com a irressecable i s'inicia tractament de quimioteràpia, el qual continua fent a dia d'avui.

Davant un pacient fumador en qui es constata una poliglobúlia que es normalitza en disminuir el consum de tabac, sembla d'esperar que la causa sigui el consum de tabac. Però no hem de donar per suposat que allò que sembla el més probable sempre ha de ser el correcte. En aquest cas, el fet d'haver seguit els protocols d'actuació davant la poliglobúlia ens va permetre detectar una massa suggestiva de metàstasi de carcinoma de cèl·lules, probablement la veritable causant de la poliglobúlia.

MARTA BOQUETE GONZÁLEZ
MARTA BESA CASTELLÀ
AINHOA BAZTÁN HORNILLOS

Contacte:
dramartaboquete@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8552

Comunicació:
PÒSTER

Mareo y electrocardiograma, ¿sí o no?

Mujer de 20 años, natural de Perú, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos personales o antecedentes familiares cardiológicos conocidos. Acude a urgencias de atención primaria por sensación de mareo con vómitos y dolor abdominal desde el día previo, acompañados de astenia, debilidad generalizada y sensación de opresión torácica con palidez y sudoración. Niega palpitaciones, disnea, fiebre, diarrea u otra clínica. La exploración física destaca únicamente dolor abdominal difuso a la palpación con peristaltismo aumentado. Resto de constantes vitales en rango. Se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra ritmo sinusal a 75 lpm, PR corto, QRS 120 lpm, onda delta en V3-V6, sin alteraciones agudas de la repolarización, sugestivo de síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW).

Dados los hallazgos electrocardiográficos y la clínica de dolor torácico, se decide derivación a urgencias hospitalarias. Allí se realiza analítica y radiografía de tórax sin alteraciones, y se repite ECG que corrobora la sospecha clínica inicial. Se descarta patología cardíaca aguda y se decide un estudio ambulatorio preferente por parte de cardiología. Para el estudio de una posible cardiopatía estructural (la anomalía de Ebstein es la más frecuentemente asociada al WPW) se realiza ecocardiograma que muestra imagen de acinesia inferoapical como único hallazgo destacable. Se solicita serología de Chagas, negativa, y estudio electrofisiológico. Posteriormente se realizó ablación efectiva de vía accesoria posteroseptal derecha sin incidencias, y la paciente se mantiene desde entonces clínicamente estable y asintomática.

La gran mayoría de pacientes con síndrome de WPW se diagnostican por el estudio de una clínica intermitente de palpitaciones. Nuestra paciente no había presentado palpitaciones ni se llegó a evidenciar episodios de taquicardia supraventricular paroxística, por lo que nos hace pensar en una preexcitación asintomática.

La importancia de este caso no radica en su complejidad sino en lo certero del ojo clínico del médico de atención primaria, tanto en el momento de solicitar las pruebas complementarias a su alcance como por saber interpretarlas de manera adecuada.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALEXIS TENA DOMINGO
PAULA COLL-VINENT SILVA
PAULA PUEYO TIKAS

Contacte:
atena@ebavallcarca.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8553

Comunicació:
PÒSTER

Doctor, no veo bien

Àmbit assistencial: atenció primària.

Motiu de consulta: disminució de l'agudes visual de l'ull esquerre de 8-9 dies d'evolució.

Història clínica

Antecedents personals: natural de Pakistan, nefropatia aguda per mitjans de contrast (NAMC), episodi d'estrongiloidosi intestinal el 2021, sense antecedents oftalmològics.

Anamnesi: pacient que refereix que no veu bé des de fa 8-9 dies, i que n'ha estat conscient al tapar-se l'ull dret. No refereix dolor ni cap altre simptomatologia.

Exploració física: realitzem exploració del camp visual i es troba pèrdua de la visió del camp inferior-nasal. Campimetria per confrontació normal, conservant visió perifèrica. Agudes visual de l'ull dret 1 i de l'esquerre 0,2, pupil·les isocòriques normoreactives (PINR). PC normals. Pressió arterial normal. Exploració neurològica i cardiovascular normal.

Proves complementàries: com disposem de càmera midriàtica realitzem fons d'ull i localitzem placa cicatricial a la zona macular esquerra. Pressió intraocular normal.

Diagnòstic diferencial: accident isquèmic transitori, hemorràgia retinal, desprendiment retinal, toxoplasmosi cicatricial, melanoma, neoplàsia.

Tractament i pla: remetem a urgències oftalmològiques. Es realitza diagnòstic definitiu de membrana neovascular secundària a cicatriu no filiada amb sospita de toxoplasmosi. Actualment en tractament a oftalmologia.

Conclusions

El motiu de consulta de pèrdua de visió o "no veig bé" és molt freqüent a atenció primària i tenim tendència a derivar a oftalmologia o a l'optometrista sense realitzar una bona anamnesi i exploració. Cal destacar la importància a l'atenció primària d'unes bones anamnesi i exploració física, i de disposar de la càmera midriàtica.

El pacient lliura consentiment informat per presentar el cas a la CAMFiC.

PAULA COLL-VINENT SILVA
ALEXIS TENA DOMINGO
PAULA PUEYO TIKAS

Contacte:
paula.collvinent@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8554

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia a consulta

Àmbit assistencial: atenció primària.

Motiu de consulta: tramitar incapacitat temporal (IT) per trencament fibril·lar.

Historia clínica

Antecedent personal: nefropatia aguda per mitjans de contrast (NAMC), hèrnia umbilical 2020, fumador, trastorn depressiu en tractament amb quetiapina i diazepam.

Anamnesi: pacient que truca per sol·licitar IT i adjunta informe d'urgències traumatològiques d'hospital amb diagnòstic de ruptura muscular del gastrocnemi medial de l'extremitat inferior esquerra. Refereix molt dolor i impotència funcional. Fem IT i programem següent control IT presencial per valorar l'evolució.

Exploració física: empastament de bessó amb eritema, dolor a la palpació i augment de temperatura, augment del diàmetre de la cama esquerra respecte a la dreta.

Proves complementàries: realitzem ecografia a consulta d'atenció primària on diagnostiquem d'hematoma muscular de mida moderada (disposem d'imatges), canviant, per tant, les pautes a seguir.

Diagnòstic diferencial: trombosi venosa profunda, cel·lulitis, trencament fibril·lar, hematoma muscular.

Tractament i pla: antiinflamatoris no esteroïdals per al control del dolor i fred local, i recomanació de mobilitzar l'extremitat en comptes del repòs pautat anteriorment, i programació d'ecografia de seguiment.

Conclusions

La importància i utilitat de disposar d'ecografia a la consulta d'atenció primària tant per al diagnòstic com per al control queda reflectida en aquest cas, en què millora el seguiment i abreuja l'evolució i la IT del pacient per millora.

El pacient lliura consentiment informat per presentar el cas a la CAMFiC.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JOAN JOSEP GIL CALVO
MIGUEL GARCÍA AMBIT
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ DE GAZTAÑONDO

Contacte:
jgil@eapdretaeixample.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8555

Comunicació:
PÒSTER

El meu pare es posa vermell

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: declivi funcional i marejos.

Història clínica

Pacient de 81 anys, hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, glucosa basal alterada (GBA), còlics nefrítics, rosàcia. Des de fa mesos presenta cansament i marejos inespecífics que limiten les activitats diàries. També explica envermelliment de la cara amb esforços i també espontàniament, que atribuïm a rosàcia.

Auscultació cardiopulmonar: anodina, exploració abdominal normal. Pressió arterial de 150/70 mmHg.

Anàlítica sanguínia: velocitat de sedimentació globular 14 mm/h, glucosa 110 mg/dl, colesterol 243 mg/dl, Na 147 mmol/l i K⁺ 3,4 mmol/l, amb hemoglobina, hematòcrit, tirotròpina, creatina cinasa, proteïna C reactiva, Ca 19,9, Ca 153 i alfafetoproteïna normals.

Ecocardiograma: insuficiència aòrtica G II, estenosi aòrtica lleu, insuficiència mitral i lleugera hipertròfia del TIV.

Sol·licito eco-Doppler de troncs supraaòrtics, per la dislipèmia i per descartar organicitat dels marejos, però al centre de referència, per error, fan ecografia abdominal: imatges nodulars en parènquima hepàtic i descartar M1. Tomografia computada (TC) abdominal: lesions hepàtiques focals múltiples, hipovasculares compatibles amb possibles M1. La parella explica un possible component psicossomàtic, per caràcter del pacient i problemes diversos. La filla, diagnosticada de rosàcia, també presenta envermelliment facial. Es deriva a medicina interna, que sol·licita biòpsia hepàtica, TC per emissió de positrons (PET), gastroscòpia i colonoscòpia. Per un dubtós *flushing* es va sol·licitar metanefrines i 5-hidroxiindolacetat.

Anatomia patològica: infiltració per tumor neuroendocrí ben diferenciat, l'anàlítica mostra 5-hidroxiindolacetat 429,40 µmol/24 h i la PET-TC amb gal·li: adenopaties hipercaptants peritoneals, hipercaptació en ili mitjà que podria correspondre amb tumor neuroendocrí primari. Tractament amb anàlegs de somatostatina per millorar la clínica i en un segon temps valorar el tractament del tumor primari.

Conclusions

Tot i la bateria de proves complementàries que tenim a disposició, l'anamnesi és fonamental per encaminar el diagnòstic en visites amb motius molt inespecífics, com ara un declivi funcional, i malalties de poca prevalença com els tumors neuroendocrins. El *flushing* va servir per redirigir el cas i revalorar els diagnòstics previs.

ANTONIA CABALLERO ALÍAS
SARA FERNÁNDEZ MEJÍAS
MARÍA EDITH FUNES PAHUASI

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8556

Comunicació:
PÒSTER

Algodistròfia de turmell. A propòsit d'un cas

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 57 anys amb dolor al peu esquerre.

Història clínica

Sense antecedents. Dolor i impotència funcional del peu esquerre de 7 dies d'evolució, d'inici espontani, sense traumatisme previ, segons refereix. Exploració física amb tumefacció, calor i eritema bimal·leolar i dors del peu; palpació i mobilitat articular dolorosa. Sense alteracions vasculares. Radiografia del turmell i peu: esperó calcàni, edema de parts toves. Anàlítica amb hemograma i bioquímica normals.

Enfocament familiar i comunitari: difícil abordatge per barrera idiomàtica. Acudeix sola, sense suport sociofamiliar. Un conegut li fa de traductor per telèfon.

Judici clínic/diagnòstic diferencial: artritis inespecífica, artritis gotosa, artritis psoriàsica.

Tractament: indometacina 25 mg/8 h/7 dies.

Evolució: davant la falta de millora clínica es pauta colquicina i diclofenac. Millora el dolor i la tumefacció, i s'orienta el quadre com a artritis gotosa. Reconsulta novament 4 mesos després per la mateixa clínica. Es demana ressonància magnètica (RM) del turmell amb resultat de focus edematosos intraossis dispersos amb lleu edema de parts toves. Sinus del tars amb lleus canvis edematosos. Conclusió: troballes que obliguen a considerar la possibilitat d'algodistròfia.

Conclusions

El turmell i el peu són una de les localitzacions més freqüents d'algodistròfia (o síndrome dolorosa regional complexa de tipus I, en el cas descrit). La causa més freqüent és per traumatisme previ. La barrera idiomàtica va dificultar molt l'abordatge del cas durant l'anamnesi i trobar-ne la causa, i s'etiquetà com a idiopàtica (encara que la sospita era per un traumatisme que no es podia corroborar). En general, el tractament és multidisciplinari, centrat en el dolor i la rehabilitació. Des de l'atenció primària es poden adoptar mesures terapèutiques amb rapidesa, en coordinació amb fisioteràpia i podologia. En aquest cas es va recomanar tractament podològic amb ortesi a mesura i fisioteràpia, i va millorar clínicament.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

FRANCESC PUJOL AYMERICH
ALEXANDRA REGUART ARANSAY
PERE CARRERA TEIXIDÓ
MARIA CASAS CLARAMUNT

Contacte:
fpujol.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8558

Comunicació:
PÒSTER

Dermatoscòpia comunitària

Objectius de l'experiència: el càncer de pell és un problema de salut pública. La seva incidència i mortalitat continuen augmentant tot i les campanyes i les intervencions de prevenció realitzades a escala poblacional.

El principal factor de risc ambiental és l'exposició solar, que és un element modificable.

Objectius: promoure la prevenció del càncer de pell i la fotoprotecció. Aprendre a examinar-se la pròpia pell i a reconèixer els signes d'alarma de les lesions sospitoses. Millorar el diagnòstic precoç de les neoplàsies de pell.

Descripció de l'experiència: es realitza una intervenció formativa a la comunitat en tres fases:

1. S'informa sobre les mesures de prevenció primària i fotoprotecció.
2. S'expliquen els signes d'alarma de les lesions cutànies.
3. Es realitzen revisions dermatoscòpiques dels pacients que presenten alguna lesió sospitosa.

Es van realitzar 33 valoracions, de les quals tan sols 3 (9,09%) no complien criteris d'alarma. Els signes que la població va identificar com a sospitoses van ser: ferida que no cura i lesió que creix o té més d'un color. Sis lesions (18,18%) van ser derivades a dermatologia per sospita de malignitat.

Conclusions: les estratègies de prevenció primària centrades en programes educatius per millorar els hàbits de fotoprotecció són les més efectives a escala poblacional. És necessari seleccionar aquells pacients amb major probabilitat de desenvolupar un càncer cutani, i sobre els quals s'haurà d'actuar de forma dirigida.

En prevenció secundària, la dermatoscòpia és útil per diagnosticar precoçment les lesions malignes i millorar-ne el pronòstic.

Aplicabilitat: cal que la població reconegui els signes d'alarma per afavorir el diagnòstic precoç del càncer cutani. L'atenció primària és el primer contacte amb el sistema sanitari. És necessària la implementació de la dermatoscòpia i la formació dels professionals com a part del procés preventiu.

ISABEL DOLZ GÜERRI
RAQUEL LANGARITA LLORENTE
ROXANA VARGAS RAMÍREZ

Contacte:
isabeldg_10@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8560

Comunicació:
PÒSTER

¡Ay, me mareo!

Àmbit: atenció primària.

Motivo de consulta: mareo.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial y dislipemia. **Antecedentes familiares (AF):** hermano con *exitus* a los 72 años por muerte súbita y hermano con *flutter* auricular ablacionado. **Anamnesis:** hombre de 65 años que acude por mareo de 3 días de evolución con nuevo episodio más intenso y de mayor duración sin náuseas, sudoración, cefalea, dolor torácico o disnea. **Exploración física:** auscultación cardiaca con tonos rítmicos sin soplos y pulmonar con murmullo vesicular conservado. Sin focalidades neurológicas y sin edemas en las extremidades inferiores. **Evolución:** en un contexto de mareo presenta electrocardiograma (ECG) con TV monomorfa sostenida con morfología de bloqueo de rama izquierda a 250 lpm de 6 segundos, sin disnea ni dolor torácico. Cede espontáneamente sin tratamiento. Se mantiene en RS a 70 lpm, se administran 150 mg de amiodarona y se traslada al hospital de referencia. En urgencias se realizan radiografía de tórax, analítica y ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Se ingresa en cardiología y recibe impregnación de amiodarona. Se mantiene asintomático, estable hemodinámicamente y sin eventos arritmogénicos. El ecocardiograma transtorácico presenta fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada y valvulopatías no significativas. Coronariografía sin lesiones. Se realiza despistaje de causas infecciosas y autoinmunes, que resultan negativas. La resonancia magnética cardíaca (RMC) muestra alteración contráctil segmentaria focal en región anterior del ventrículo derecho. **Juicio clínico:** miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho por tres criterios menores (TV, AF, RMC). Se realizan estudios electrofisiológicos que no inducen arritmias por lo que se implanta un desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención secundaria. Alta a domicilio asintomático y sin incidencias. **Diagnóstico diferencial:** a) Vértigo periférico: VPP, laberintitis, neuronitis vestibular, síndrome de Ménière. b) Vértigo central: enfermedad cardiovascular, alteración cerebelosa, crisis epilépticas. c) Presíncope: hipotensión ortostática, infarto agudo de miocardio, arritmia, tromboembolismo pulmonar, hipoglucemias. d) Otros: trastorno de la marcha, fármacos, cervicalgia, ansiedad-depresión. **Identificación de problemas:** síntomas inespecíficos en la exploración física y pruebas complementarias anodinas.

Conclusiones

El mareo es un síntoma muy frecuente e inespecífico con expresión variable. Puede obedecer a causas banales, pero debemos realizar anamnesis y exploración física completa sin olvidar tomar las constantes y realizar ECG, disponible en nuestras consultas, ayudando al diagnóstico etiológico.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÀNGELS BALLARÍN CASTANY
ROGER CODINACHS ALSINA
MARIA REVERT SISTERNES
SILVIA RICART MUNTS

Contacte:
aballarin@eapvic.org

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8564

Comunicació:
ORAL

L'experiència del pacient en primera persona

Objectius de l'experiència: millorar la capacitat en aspectes clau de l'atenció primària i oferir una visió holística de la persona.

Generar reflexió sobre casos d'especial interès per la seva complexitat, perquè aporten aspectes a millorar o perquè són especialment didàctics.

Proporcionar formació a través de la vivència del propi pacient.

Elaborar un fons de contingut formatiu útil en diferents àmbits i temps.

Descripció de l'experiència: 1. Detonant: selecció d'experiències reals d'interès col·lectiu. 2. Selecció: si el pacient té capacitat per explicar-les, se li proposa participar (consentiment informat). 3. Videogravació: el propi pacient explica la seva experiència en una breu entrevista semiestructurada on la persona conductora fa preguntes obertes facilitadores. S'edita el vídeo i abans d'utilitzar-lo es mostra al pacient per refermar el seu consentiment. 4. Activitat formativa: visualització del vídeo intercalat amb reflexions i preguntes obertes al voltant de l'aspecte clau a treballar. 5. Tancament: breu síntesi dels aspectes que el cas convida a millorar. Enquesta de satisfacció.

Conclusions: l'experiència del pacient en format de videogravació és una recurs útil i potent per perfeccionar aspectes qualitius de l'atenció.

La participació del propi pacient en la millora assistencial educa en la corresponsabilitat.

A la pràctica, aquesta experiència, tot i que inicial, ha estat molt ben valorada tant per pacients com per professionals.

Aplicabilitat: les videogravacions permeten la utilització del material en diferents àmbits i per a diferents públics, adaptant les reflexions a l'interès concret de cada ocasió amb l'objectiu de generar reflexió sobre la pràctica clínica des del punt de vista del pacient.

Es poden utilitzar en tallers impartits en el grau de Medicina, en jornades de residents que es desenvolupen mensualment al centre i també en les sessions internes del CAP dirigides a metges/esses i infermeria.

NURIA BARLAM TORRES
CECILIA HERRERO ALONSO
MARÍA DEL CARMEN ARGENTE TOLOSA

Contacte:
nuriabt2009@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8566

Comunicació:
PÒSTER

Neumonía necrotizante post-COVID

Àmbit del caso: atención primaria (AP) y hospitalaria.

Motivos de consulta: tos y fiebre de 38 °C de 6 días de evolución. Test rápido de antígeno (TAR) COVID-19 negativo.

Enfoque individual: hombre de 59 años, fumador, con obesidad, síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño (SAHOS) con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP). Vacunación COVID-19 completa (última dosis <10 días) que consulta a hospital por cuadro respiratorio de vías altas. Exploración: roncus basales, sibilantes, sin estertores. Se orienta como bronquitis aguda y se pauta amoxicilina con salbutamol. Reconsulta al 10.º día por aumento de disnea (saturación del oxígeno del 93%). Radiografía: neumonía. Se añaden corticoides orales al tratamiento.

Reconsulta al 16.º día con empeoramiento de la clínica y desaturación. TAR negativo. Radiografía: neumonía de la língula. Se cambia antibiótico (cefalosporina).

Control al 19.º día: empeoramiento del estado general con tos, hemoptisis, febrícula, taquicardia, saturación de oxígeno del 92%, hipofonesis en el hemotórax izquierdo. Se deriva al hospital, donde ingresa. Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para SARS-CoV-2, tomografía computarizada con condensación cavitada con nivel hidroaéreo, informada como neumonía necrotizante. Tratamiento moxifloxacino y dexametasona con mejora progresiva hasta el alta.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viudo sin soporte familiar.

Juicio clínico: paciente COVID-19 positivo tras 2 dosis de vacuna, neumonía por COVID-19 y neumonitis necrotizante.

El absceso pulmonar y la neumonía necrotizante plantean un diagnóstico diferencial con el resto de las patologías que cursan con lesiones cavitarias parenquimatosas: bacterias, micobacterias, hongos, etc.

Evolución: al alta, el seguimiento es compartido entre el servicio de neumología y atención primaria, con una evolución favorable sin secuelas.

Conclusiones: la neumonía necrotizante es una infección parenquimatosas pulmonar que se caracteriza por la existencia de una condensación con múltiples cavitaciones. El tratamiento es etiológico y la resolución suele ser adecuada. Una anamnesis y exploración exhaustiva nos permite descartar las causas más frecuentes de neumonía.

La clave está en valorar la evolución y, en caso de ser tórpida, la necesidad de atención hospitalaria para manejo, no disponible en atención primaria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARME SAPERAS PÉREZ
NURIA BARLAM TORRES
LOURDES SÁNCHEZ ALBARRACÍN
CONCEPCIÓN MUÑOZ RACERO

Contacte:
saperascarme@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8567

Comunicació:
PÒSTER

Detecció i registre de la violència masclista. Com ho estem fent?

Objectiu: descriure el registre per part de diferents professionals dels diagnòstics inclosos a la codificació T74 (abús, desatenció i altres maltractaments de l'infant i l'adult) a la història clínica electrònica dels equips d'atenció primària (EAP) i altres àmbits de la nostra àrea.

Material i mètodes: estudi descriptiu de les dades registrades a l'estació clínica de treball d'atenció primària (eCAP) del 2018 fins al primer trimestre del 2023 del diagnòstic T74 i agrupadors.

Les dades anonimitzades s'han demanat als sistemes informàtics.

Resultats: registre de casos per àmbit (total = 1.164), essent el 2021 l'any amb més registres de casos: 23 EAP, 950 casos; atenció continuada i de les urgències de base territorial (ACUT), 36; centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), 14; punts d'atenció continuada (PAC), 18, i unitat d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), 146.

Per tipus de cas de maltractament: maltractament a infants, 158; maltractaments a adults, 1.006; abús sexual en adults, 146; abús sexual en infants, 74; abandonament d'infants, 7; abandonament d'adults 53; maltractaments físics d'adults, 555, i maltractaments físics d'infants, 60.

La resta són casos de maltractaments no especificats.

Conclusions: hi ha grans diferències entre els EAP quant a registre de casos. La variabilitat entre centres pot ser deguda al tipus de població atesa. En aquelles zones amb nivell socioeconòmic més baix hi ha més incidència de casos de violència.

La majoria de registres es realitzen a l'ASSIR i als centres d'atenció primària versus notificació a CUAP i PAC. Hi ha hagut un increment del registre de casos en els últims anys.

Sorpren el poc registre de maltractaments en la infància i la variabilitat entre centres. Cal més formació a pediatria per a la seva detecció i registre.

CARME SAPERAS PÉREZ
CONSOL SÁNCHEZ COLLADO
ANGELINE M. CRUZ VÁZQUEZ
ALBA CUXART GRAELL

Contacte:
saperascarme@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8569

Comunicació:
PÒSTER

Formació virtual en mutilació genital femenina per a professionals de medicina de família

Objectiu: sensibilitzar en la mutilació genital femenina (MGF) els metges i metgesses de família.

Millorar l'abordatge i cribratge de l'MGF a les consultes d'atenció primària (AP).

Descripció: l'MGF és un problema infradiagnosticat que amb les diferents onades migratòries ha arribat a les nostres consultes.

Integrada dins d'un projecte per al cribratge i atenció al pacient immigrant amb l'ajuda d'una eina informàtica, es va dissenyar una formació per tal de sensibilitzar i recalcar la importància de detectar aquelles nenes i dones que han estat mutilades o estan en risc de patir mutilació.

Les sessions de formació (90-120 minuts) incloïen què era l'MGF, competències interculturals, com abordar-ho respectant la cultura de la dona i de la seva família, i una última part que explicava el funcionament de l'eina informàtica i com registrar-ho a la història clínica electrònica de la pacient.

Es van realitzar 5 formacions sincròniques, amb 321 alumnes, i es va deixar la possibilitat de visualitzar-ho posteriorment de forma asincrònica.

Conclusions: donada la dispersió geogràfica i el volum potencial d'alumnes es va optar per una metodologia en línia, entenent que una formació presencial era inviable per temps, recursos i disponibilitat dels docents.

Optar per una metodologia virtual ens va permetre arribar a molts més alumnes dels possibles en format presencial, i ahora agrupar les sessions i personalitzar les formacions.

Aplicabilitat: la formació en línia sincrònica facilita l'assistència dels professionals, millora l'experiència per a docents i per a alumnes, ja que redueix els desplaçaments i la forma asincrònica permet tornar a visualitzar les sessions en cas de dubtes. La formació sincrònica deixa temps per al debat i preguntes, tot i que és més difícil aconseguir un debat fluid. És l'ideal per a formacions de sensibilització i introducció a un tema i es deixen les formacions mixtes o presencials per aprofundir temes o per a formats de taller.

CARME SAPERAS PÉREZ
NOELIA VENTURA GIRONÉS
CONCEPCIÓN MUÑOZ RACERO

Contacte:
saperascarme@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8570

Comunicació:
ORAL

Malalties minoritàries. La importància de l'atenció primària en el seu maneig

Àmbit del cas: atenció primària (AP), hospitalària, treball social sanitari.

Motiu de consulta: demana visita per conèixer els recursos de què disposa davant d'un diagnòstic recent de malaltia minoritària o malaltia rara (MR).

Història clínica

Enfocament individual: nen de 6 anys en seguiment en l'àmbit hospitalari per hipoacúsia lleu, retard de creixement i desenvolupament psicomotor, obesitat i valvulopatia. Visitat per genètica aquesta setmana, que informa del diagnòstic genètic de síndrome de Kabuki.

Família de cinc membres, tres fills.

Judici clínic: es tracta d'un nen de 6 anys amb diagnòstic recent de síndrome de Kabuki que requereix acompanyament i derivacions a diferents serveis municipals i altres nivells assistencials. La principal demanda és la d'escolta i recolzament a la família.

Evolució: davant del diagnòstic d'una MR, des de la consulta d'AP es gestiona la derivació a la infermera gestora de casos de patologia crònica complexa per a un seguiment compartit i a la treballadora social per a gestions de discapacitat i dependència. S'inclou al registre d'escola inclusiva i se sol·licita la targeta CUIDA'm.

Valoració: la síndrome de Kabuki és un trastorn del neurodesenvolupament amb múltiples anomalies congènites. Associa, en diferents graus, discapacitat intel·lectual, malformacions congènites, talla baixa i fàscies específica (celles amples i arquejades, fissures palpebrals) i es considera una immunodeficiència primària.

Davant de casos d'MR la figura del professional d'AP se centra a coordinar-se amb la resta de serveis que atenen la persona, orientar sobre els diferents recursos de què es disposa, acompanyar la família en la seva acceptació i resoldre dubtes que se li poden presentar. La família agraeix tenir un interlocutor accessible i la longitudinalitat pròpia de la nostra professió és clau per tractar pacients amb diagnòstic d'MR.

Es disposa de l'autorització expressa del tutor legal per a la presentació del cas.

CARME SAPERAS PÉREZ
CONCEPCIÓN MUÑOZ RACERO
CARLOS SALVADOR GOYANES SOTELO

Contacte:
saperascarme@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8571

Comunicació:
PÒSTER

El nen va coix

Àmbit: atenció primària i hospitalària.

Motiu de consulta: adolescent de 14 anys que consulta per dolor al maluc dret d'anys d'evolució. Una caiguda fa 3 mesos va incrementar el dolor i la coixesa.

Història clínica

Procedent del Senegal, va arribar fa 3 setmanes. Presenta retard puberal, talla baixa, dolors ossis i abdominals recurrents.

Exploració: dolor a l'articulació coxofemoral dreta, limitació de la mobilitat i deformitat de l'extremitat.

Radiografia urgent: aplanament del cap femoral.

Anàlítica: drepanocitosi SS homozigota i anèmia ferropènica, cribratge nouvingut, ecografia abdominal amb dany microvascular renal i autoesplenectomia. Es deriva a l'hospital per sospita d'osteonecrosi del cap del fèmur per infart ossi, ingressa per a estudi.

Enfocament familiar: ve acompanyat del pare, resident a la zona, i una germana. La resta de la família és al país d'origen.

Judici clínic: davant de la imatge radiològica i l'anamnesi, el primer diagnòstic en pacients autòctons seria la malaltia de Perthes, però, en un pacient senegalès cal pensar en drepanocitosi.

Tractament: hidroxycarbamida, amoxicil·lina 500 mg/dia i vitamina D.

Evolució: amb la medicació s'aconsegueix el control del dolor, fet pel qual és donat d'alta per a seguiment ambulatori. Al CAP ens coordinem amb els serveis de medicina preventiva, cardiologia, reumatologia i hematologia per al seu seguiment i iniciem la vacunació accelerada.

Conclusions

El paper del metge/essa de família davant la drepanocitosi i un pacient nouvingut és la gestió de les diferents visites, el control de la medicació i dels signes d'alarma de crisi. Acompanyar la família i fer d'enllaç entre els diferents serveis que tracten aquesta malaltia d'afectació multisistèmica.

També cal realitzar a l'atenció primària la visita del pacient nouvingut, que inclou el cribratge de la drepanocitosi per iniciar tractament i evitar seqüeles com les aquí presentades.

El tutor del pacient ha donat el permís expressament per a la presentació del cas.

NURIA BARLAM TORRES
CARME SAPERAS PÉREZ
JUDIT CERVANTES SAÜCH

Contacte:
nuriabt2009@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8572

Comunicació:
PÒSTER

Em fa mal el maluc

Àmbit: atenció primària i hospitalària.

Motiu de consulta: dolor al maluc dret de més d'1 any d'evolució.

Història clínica

Antecedents: dona de 35 anys, discapacitat del 42% per problemes de salut mental, anorèxia, bulímia, luxació congènita dels malucs i violència masclista.

Consulta a gestió d'infermeria de demanda aguda per dolor al maluc, que no millora tot i la rehabilitació i el tractament.

Exploració: dolor intens amb EVA 9/10, dificultat per a la deambulació, limitació dolorosa de la mobilitat de l'articulació del maluc, sobretot a la rotació interna i a l'abducció.

Es deriva a medicina que sol·licita radiografia: aplanament del cap femoral amb signes d'artrosi coxofemoral. Derivada a traumatologia, s'hi fa infiltració i nova tanda de rehabilitació.

Reconsulta per persistència de dolor i impotència funcional que no millora amb l'augment de l'analgèsia ni el repòs. Nova consulta a traumatologia que realitza ressonància magnètica (RM): informada com a alteració de la morfologia del cap femoral i sospita de necrosi avascular.

Tractament: actualment es troba en rehabilitació, pendent d'intervenció quirúrgica i col·locació de pròtesi.

Judici clínic: cal descartar osteonecrosi del cap del fèmur davant de qualsevol trastorn dolorós que afecti l'engonal en un pacient de mitjana edat amb factors de risc.

Diagnòstic diferencial: alcoholisme, bifosfonats, coagulació intravascular disseminada, compressió extravascular, connectivopaties, embaràs, hiperuricèmia, infecció per virus de la immunodeficiència humana (VIH), lupus sistèmic i obesitat, entre d'altres.

Conclusions

En el cas aquí presentat, la causa de l'osteonecrosi del cap de fèmur va ser la luxació congènita de maluc. La persistència de la displàsia fins a l'edat adulta provoca una marxa anormal, disminució de l'arc de moviment i artropatia degenerativa de l'articulació. Una anamnesi acurada és imprescindible per prioritzar l'RM en casos en què la sospita d'osteonecrosi és alta i la rehabilitació i infiltració no aporten millora ni en el dolor ni en l'evolució del cas.

La pacient ha donat el permís expressament per a la presentació del cas.

FEDERICA GUTIÉRREZ DE QUIJANO MICELI
AGUSTÍN FRANCISCO ROSSETTI

Contacte:
federicagdequijano@yahoo.fr

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8573

Comunicació:
PÒSTER

Una experiència tropical en carne propia

Mujer de 28 años, residente de medicina de familia, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a consulta y refiere prurito intenso en el pie, de una semana de evolución.

Destaca una reciente estancia en el amazonas brasileño por un proyecto laboral. Tanto el uso de antimosquitos como de calzado fueron inconsistentes y se sumergió diariamente descalza en el río. Niega fiebre, tos, disnea, erupción cutánea o alteraciones gastrointestinales durante el viaje.

En los últimos 3 días del viaje presentó una pápula eritematosa pruriginosa sugestiva de picadura de insecto en la cara medial del pie izquierdo como único síntoma. Posteriormente objetivó elongación progresiva de 2 cm diarios de la pápula hasta crear un trayecto sinuoso subepidérmico asociado a incremento del prurito. No presenta signos flogóticos ni tampoco otras lesiones. La paciente se encuentra en excelente estado general, sin referir otra sintomatología.

Se orienta el caso como larva *migrans* cutánea, cuyo diagnóstico es meramente clínico y no requiere pruebas complementarias. Se basa en la anamnesis, con especial importancia en los antecedentes epidemiológicos, y en la exploración física.

Esta infección es causada por nemátodos no humanos del género *Ancylostoma*, más frecuentemente el *Ancylostoma braziliense*, aunque también puede asociarse a otros géneros como *Uncinaria*. Son parásitos intestinales de perros y gatos, endémicos en áreas tropicales, que infectan al ser humano de forma accidental al entrar en contacto con su piel íntegra.

Las larvas fallecen espontáneamente en de 2 a 6 semanas, pero el prurito intenso suele hacer necesario el tratamiento dirigido con albendazol o ivermectina, además del uso de antihistamínicos.

En este caso clínico se ilustra la actividad del médico de familia dentro de la consulta. Llega a un diagnóstico clínico y evita pruebas complementarias innecesarias, ofrece un tratamiento efectivo y, además, realiza educación y prevención, en este caso sobre medicina del viajero.

DARIANNY GARCÍA PEÑA
EUGENI FERNÁNDEZ MAS

Contacte:
dariannygarcia@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8574

Comunicació:
ORAL

El valioso papel de la ecografía en la atención primaria

Descripción: paciente acude a consulta por disnea, astenia de 2 semanas de evolución que evoluciona progresivamente hasta disnea en reposo la última semana, febrícula intermitente de predominio vespertino sin dolor torácico ni otra sintomatología.

Antecedentes más importantes: abuso de alcohol, elevación de las transaminasas en 2019, *bypass* gástrico en 2010 por obesidad, astrocitoma difuso de bajo grado en región parietal en 2019 con clínica residual de ataxia y temblor.

Exploración: estado general conservado, afebril, normohidratado. Taquipnea con uso de musculatura accesoria. Auscultación cardiaca: ritmo sinusal, soplo sistólico II/VI en borde esternal no irradiado. Pulmonar: murmullo vesicular conservado con ligera hipofonosis apical derecha. 99 lpm, 30 rpm, saturación de oxígeno del 98%. Ecografía pulmonar sin alteraciones en ningún campo, sin derrame pericárdico. En la ecografía abdominal se observa hígado aumentado de tamaño y esteatosis de grado III con líquido ascítico moderado en espacio de Morrison y espacio espleno renal.

Orientación diagnóstica: disnea por hepatopatía crónica con descompensación ascítica aguda.

Diagnóstico diferencial: neumonía adquirida en la comunidad (descartada por la ausencia de fiebre, no crepitantes pulmonares y ecografía pulmonar con patrón aireado); derrame pericárdico (descartado por electrocardiograma [ECG] normal y en la ecografía abdominal subxifoidea no se visualizaba patología cardíaca); atelectasia (auscultación normal y ecografía pulmonar normal); insuficiencia cardíaca (sin crepitantes, sin alteración ecográfica, sin edemas maleolares, auscultación cardíaca y ECG normales); enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma (auscultación de ambos campos pulmonares normal y sin antecedentes); tromboembolismo pulmonar (sin signos de trombosis venosa profunda y sin alteraciones ecográficas).

Conclusión: la ecografía clínica o a pie de cama como técnica de diagnóstico rápido permitió realizar una derivación con una precisa orientación diagnóstica y descartar patología respiratoria, que era la principal sospecha diagnóstica. Ello permitió una atención más rápida, eficiente y dirigida, lo que conlleva un gran beneficio para el paciente porque reduce los desplazamientos (especialmente en zonas rurales), evita una ecografía programada y permite iniciar un tratamiento específico con el diagnóstico confirmado por la ecografía.

DARIANNY GARCÍA PEÑA
EUGENI FERNÁNDEZ MAS

Contacte:
dariannygarcia@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8575

Comunicació:
PÒSTER

Un caso. La cura peor que la enfermedad

Descripción: paciente de 42 años con antecedentes de alergia al ibuprofeno, marihuana esporádica, no toma alcohol, sin medicación habitual, controles médicos en sanidad privada. Acude al CAP por temblor, alucinaciones visuales, ideas negativas e ideación suicida de 2 días de evolución. Inicio de tratamiento con Pylera® hace 2 días por *Helicobacter pylori* pautado en centro privado. Comenta que es feliz con los logros obtenidos y al estar sin una situación estresante. Niega antecedentes personales o familiares de patologías psiquiátricas. Al ser la introducción de Pylera® el único evento reciente que coincide con inicio de la sintomatología, se decidió retirar la medicación, con control telefónico a los 2 días y se informó sobre signos de alarma y de consulta en el centro psiquiátrico de agudos. Al contactar nuevamente con el paciente refiere desaparición de los síntomas psiquiátricos al suspender Pylera®.

Orientación diagnóstica: efecto adverso de Pylera®.

Diagnóstico diferencial: depresión (descartada por el paciente al negar síntomas de tristeza o anhedonia, o motivos para estos los 2 días previos); trastorno bipolar (descartado al no tener antecedentes familiares ni personales previos); trastorno límite de la personalidad (descartado al no presentar en la exploración y el interrogatorio factores de riesgo o manifestaciones clínicas que sugieran un trastorno de la personalidad).

Conclusión: paciente de 42 años que 2 días atrás inició síntomas psiquiátricos con ideas suicidas coincidiendo con el inicio de Pylera® por la presencia de *H. Pylori*. En la valoración clínica no destacan antecedentes previos de patología psiquiátrica y el paciente comenta que tiene una vida plena, tanto a nivel laboral como personal. Al presentar como único antecedente reciente el inicio del Pylera® se suspende la medicación y en la valoración posterior el paciente refiere remisión de la sintomatología psiquiátrica. Podemos observar la importancia del seguimiento clínico de los pacientes cuando se inicia una medicación y la valoración clínica exhaustiva que se ha de realizar para generar una adecuada confianza médico-paciente y obtener un diagnóstico acertado.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CLAUDIA CURTO ROMEU
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
NURIA BRUNET REVERTE
MARIA TERESA IRIGOYEN GARCÍA
BEGOÑA TOMÁS NAVARRO
MARIA FERRÉ FERRATÉ

Contacte:
ccurto.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8578

Comunicació:
PÒSTER

Demència, cuidadors familiars, recerca qualitativa, participació ciutadana

Objectiu: analitzar les preocupacions, necessitats i demandes dels cuidadors de persones amb demència en relació amb la malaltia i aspectes formatius i de suport psicosocial, per poder oferir-los una intervenció de suport adaptada a les seves necessitats.

Pacients i metodologia: estudi qualitatiu en què la base metodològica va ser la fenomenologia, realitzant una anàlisi del contingut temàtic interpretatiu de les demandes i necessitats dels cuidadors. Es realitzen dos grups focals de cuidadors. Hi participen en total 12 cuidadors (dividits en grups de sis). Els grups compten amb moderador, observador i un guió de preguntes dissenyat prèviament per facilitar el desenvolupament del grup. S'atura el desenvolupament dels grups seguint el principi de saturació de la informació.

El projecte ha estat aprovat pel Comitè Ètic de Recerca Clínica de la Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) (codi P18/072).

Resultats: es realitza anàlisi del contingut temàtic amb el programa Atlas-Ti, analitzant les transcripcions literals dels grups gravats de manera anònima. Per assegurar la validesa de l'anàlisi, les dades i els resultats van patir un procés de triangulació. En relació amb les necessitats, preocupacions i demandes dels cuidadors s'obtenen dues categories: 1) Informació, tracte i suport dels professionals sanitaris en el diagnòstic i seguiment de la demència. 2) Intervencions d'ajuda als cuidadors.

Conclusió: conèixer les necessitats i les demandes dels cuidadors de pacients amb demència permetrà dissenyar una intervenció de suport més adaptada a les seves necessitats, que els permeti disminuir la sobrecàrrega, millorar la qualitat de vida i viure positivament l'experiència de cuidar. Potenciar models participatius afavoreix l'apoderament de la ciutadania i permet millorar la rellevància i l'impacte de les intervencions.

CLAUDIA CURTO ROMEU
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
NURIA BRUNET REVERTE
MARIA TERESA IRIGOYEN GARCÍA
BEGOÑA TOMÁS NAVARRO
MARIA FERRÉ FERRATÉ

Contacte:
ccurto.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8579

Comunicació:
PÒSTER

Projecte comunitari de suport als cuidadors: l'Escola del Cuidar

Objectius de l'experiència: proporcionar a les persones cuidadores no professionals de malalts amb demència les habilitats necessàries per millorar la seva qualitat de vida i disminuir la sobrecàrrega. Facilitar les eines que els permetin viure positivament l'experiència de cuidar.

Descripció de l'experiència: l'Escola del Cuidar és un projecte de suport que s'inicia arran del programa Cuidador Expert: cuidador de pacients amb demència (Programa Pacient Expert).

Hi participen l'Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer, el centre d'atenció primària i els serveis socials municipals que han sumat esforços per crear l'Escola del Cuidar amb la voluntat de donar suport a les persones cuidadores no professionals que atenen de manera continuada malalts amb demència. Es realitzen sessions quinzenals als cuidadors dissenyades a partir de les necessitats manifestades per ells mateixos en relació amb aspectes tan diversos com educació, suport psicosocial, resolució de problemes i entrenament d'habilitats.

Conclusions: esperem que els resultats del projecte Escola del Cuidar confirmen que la intervenció pot millorar la sobrecàrrega i la qualitat de vida dels cuidadors dels pacients amb demència i no institucionalitzats. Una de les fortaleces de l'estudi és que es tracta d'un projecte amb abordatge col·laboratiu de diferents entitats i disciplines, i una altra que té una transferència immediata en la pràctica assistencial de l'atenció primària.

Aplicabilitat: l'aplicació d'aquest projecte podria ser rellevant, ja que, si es confirmen els objectius proposats, aquest estudi establiria una base per modificar l'abordatge dels cuidadors i el recolzament que han de rebre, començant en el moment del diagnòstic, per minimitzar la sobrecàrrega del cuidador i millorar la seva qualitat de vida i el seu recolzament social.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARÍA EDITH FUNES PAHUASI
ANTONIA CABALLERO ALÍAS

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8580

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, necessito unes receptes

Àmbit: atenció primària.

Motiu: receptes.

Història clínica

Jove de 16 anys, sense antecedents d'interès, demana receptes via e-consulta d'una medicació recomanada en visita privada a dermatologia: metilprednisolona tòpica, ivermectina i crema hidratant. No aporta informe, ni prescripció i tampoc explica què li passa. Es recomana visita presencial per valorar el cas. En la consulta explica que té nòduls pruriginosos a la zona genital i dos nòduls al braç dret des de fa 2 mesos. L'exploració mostra lesions nodulars al penis i les bosses escrotals, de 0,5 cm, arrodonides, superficials, mòbils, indolores; dues lesions nodulars similars a la cara interna del braç i de l'avantbraç drets. Va tenir un episodi similar fa temps que va tractar amb permetrina perquè li van dir que era sarna, i va millorar clínicament. Presenta recidiva de les lesions. Es demana estudi d'infeccions de transmissió sexual (ITS) davant d'un context de noi jove sense parella estable: analítica normal; serologia i PCR del primer raig d'orina, negatives per a ITS. Enfocament familiar i comunitari: sense afectació de familiars ni actual parella sexual (heterosexual).

Judici clínic: nòduls escabiosos per sarna genital.

Tractament: ivermectina 3 mg (4 comprimits/15 dies), pimecrolimús/12 h.

Evolució: pendent de l'efecte del tractament.

Conclusions

La sarna nodular és una forma menys freqüent de presentació de sarna. Apareix sobretot en homes joves i més en relacions homosexuals. El diagnòstic és clínic i la primera opció de tractament és permetrina tòpica a la pell de tot el cos (excepte ulls, boca i nas) o la ivermectina oral. S'utilitza el pimecrolimús tòpic, els corticoides intralesionals o el metotrexat en casos resistents. S'han de tractar als contactes i desinfectar els tèxtils. L'e-consulta no és el mitjà més idoni per fer un bon abordatge clínic en problemes que requereixen anamnesi i exploracions més íntimes que poden incomodar el pacient, com l'abordatge de possibles malalties de transmissió sexual.

VIOLETA ANTONIO ARQUÉS
SARA CASTÁN MOROS
ANNA ARNAU DUCH

Contacte:
violeta.antonio@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8582

Comunicació:
PÒSTER

Lesions genitals que no són una infecció de transmissió sexual

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lesions en gland, escrot i zona interglútea, doloroses, de 5 dies d'evolució, en diferents estadis: pàpules amb crosta negra, vesícules senceres i altres obertes, algunes d'elles agrupades. Sense pústules. Adenopatia dolorosa inguinal esquerra. Sense antecedent de quadre gripal, febre, malestar general, artromiàlgies ni adenopaties els dies previs. Cap viatge recent. Sexe oral amb la seva parella el dia previ a l'aparició de lesions, sense relacions sexuals de risc.

Història clínica

Enfocament individual: home de 37 anys, sense antecedents patològics rellevants ni al·lèrgies conegudes.

Enfocament familiar i comunitari: viu amb la seva parella i no té fills ni contacte amb infants.

Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes: pel tipus de lesions i la ubicació s'orienta com a possible herpes genital. Per les característiques, especialment de les lesions crostoses, es contacta amb salut pública. Tot i no tenir cap criteri clínic ni epidemiològic per a verola del mico, es fa frotis de les lesions.

Tractament i plans d'actuació: s'inicia aciclovir.

Evolució: el pacient acut a consulta al cap d'una setmana, els següents dies després d'iniciar l'aciclovir van aparèixer noves lesions de tipus vesícula que ràpidament s'obrien i es convertien en crosta, als braços i a la cara, pruriginoses. El resultat del frotis de les úlceres genitals fou positiu per a virus de la varicel·la zòster (VZV). Confirma que no havia passat la varicel·la durant la infància.

Conclusions i aplicabilitat

Es tracta, doncs, d'un primer episodi de varicel·la en un adult, que s'inicia sense síndrome gripal ni febre previs, i en la zona genital com a primera localització. Es comenta també amb el servei de medicina interna i es descarta infecció per virus de la immunodeficiència humana (VIH). Mostrant immunoglobulines G elevades per a VZV.

El pacient ens autoritza a explicar el cas.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

VANESSA OCCHIPINTI ROSALES
ASSUMPTA FERRER FELIU
AGUSTINA LUJAN
LAURA LEÓN RAMÍREZ

Contacte:
vanessaocchipintir@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8583

Comunicació:
PÒSTER

No todo es culpa del covid-19

Mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, que consulta en atención primaria (AP) en 2022 por tos seca de 3 meses, disnea y taquicardia. El examen físico por aparatos es normal y se diagnostica de SARS-CoV-2 leve. Ante la persistencia del cuadro se solicita analítica, que es normal, y radiografía de tórax, que muestra masa mediastínica superior en ápex derecho, a valorar origen tiroideo. Revisando la historia clínica, durante los 10 años previos a la sintomatología actual refiere episodios de tos con una radiografía donde ya se visualizaba la lesión, sin tener ningún tipo de seguimiento. Por todo ello, se deriva desde AP con diagnóstico diferencial de tiroides, timoma o teratoma a endocrinología. Se realiza tomografía computarizada (TC) de cuello y tórax con contraste y se evidencia tumoración extrapulmonar en vértice derecho de 7 cm, sólida, desplazando tráquea, esófago y vena cava, hasta D2, compatible con tumor neurogénico. Según la localización, el diagnóstico diferencial es con schwannoma vagal, meningioma y paraganglioma. Finalmente se interviene a los 3 meses. La anatomía patológica es diagnóstica de paraganglioma benigno del nervio vago. La clínica inicial desaparece y como secuelas aparece síndrome de Horner y parálisis del plexo braquial superior.

El paraganglioma es un tumor vascular neuroendocrino del sistema extradrenal, con incidencia de 2/1.000.000 habitantes y pueden ser hereditario (10–50% de los casos). Dentro del mediastino es generalmente no funcionante, al contrario de los feocromocitomas adrenales. Pueden ser indolentes, localmente agresivos o con tendencia a multicentricidad. El diagnóstico es por TC y anatomía patológica. El tratamiento es quirúrgico y es complicada su extracción por la localización. Así, a pesar de que los paragangliomas mediastínicos son tumores muy infrecuentes, consideramos que es importante tenerlos en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de una masa mediastínica y por su posible secreción de catecolaminas.

ANNA SEGUÍ GRIVÉ
ALBA MURISCOT FORTET
JUDIT CAÑIS OLIVÉ

Contacte:
asegui.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8585

Comunicació:
PÒSTER

Uns condilomes diferents

Home de 58 anys amb antecedents de virus de la immunodeficiència humana (VIH) 1 amb càrrega viral indetectable i carcinoma escamós anal en remissió. Va consultar a infermeria d'atenció primària (AP) per llagues interglúties d'1 mes d'evolució, indolores. Es deriva a la consulta de la seva metgessa de família. Presentava dues tumoracions rosades toves perianals amb marges verrucosos i àrees blanques centrals. Referia tres parelles sexuals en els últims 12 mesos i relacions per via anal. Es sospiten condilomes acuminats o recidiva del carcinoma anal, i es fa interconsulta amb fotografia a dermatologia, que recomana descartar sífilis per sospita de condiloma pla. Se cita el pacient al CAP, se li recull PCR de les lesions i es cursa analítica. Se li administra penicil·lina 2,4 MU intramuscular. La PCR és positiva per a *Treponema pallidum*, així com les proves treponèmiques i reagíniques (reagina plasmàtica ràpida [RPR] d'1/128), confirmant-se el diagnòstic de sífilis secundària. Mentre esperava els resultats, el pacient va ser visitat a la consulta VIH de medicina interna, que va sol·licitar estudi d'altres infeccions de transmissió sexual (ITS) en orina, recte i faringe, sent els resultats negatius. El pacient ve a control al CAP 15 dies després i s'observa la pràctica desaparició dels condilomes. Es fa la declaració de la malaltia i l'estudi de contactes dels últims 6 mesos. Refereix només un contacte, a qui es deriva a la unitat d'estudi de contactes de la zona per tractament.

La sífilis és coneguda com "la gran simuladora". En un 10% dels pacients amb sífilis secundària cursa amb condilomes plans o *latum*. Són lesions contagioses, de base ampla, planes, que poden confluir formant nòduls de consistència tova, localitzats sobretot a la zona anogenital. Es poden confondre amb condilomes acuminats o carcinoma pel virus del papil·loma humà. El seu diagnòstic i tractament, així com l'estudi d'altres ITS i dels contactes, pot fer-se en l'àmbit de l'AP.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

VIRGINIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
MERITXELL CALDERÓ SOLÉ
ROSA LLOVET FONT
MARTA LLARDÉN GARCÍA

Contacte:
mericaldero@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8588

Comunicació:
PÒSTER

¿Puede la inteligencia artificial ser una herramienta complementaria para resolver dudas de los médicos y médicas de familia en la consulta diaria?

Descripción y objetivo de la experiencia: acudió a la consulta una persona con criterios analíticos de hipertiroidismo. El médico de familia preguntó a un sistema de inteligencia artificial (IA; ChatGPT), a modo de fuente bibliográfica, sobre los anticuerpos relacionados con la enfermedad de Graves. Con la respuesta emitida por la IA, el médico solicitó el control analítico con los anticuerpos mencionados por ella.

Reflexión: la IA se define como el uso de algoritmos y técnicas de aprendizaje para procesar y analizar grandes cantidades de datos (*Big Data*) pudiendo interactuar e interpretar aquello que se le pregunta y emitir una respuesta.

Su uso como programa informático que simula un ser humano en conversación con personas (los llamados *chatbot*), representa una nueva generación de IA impulsada por los avances en los modelos de lenguaje a gran escala.

Científicos y profesionales de la bioética han señalado entre las ventajas: la capacidad de procesar grandes cantidades de datos o ayudar a los médicos en la investigación, en la toma de decisiones en la práctica clínica o en personalizar tratamientos. También se ha descrito su uso para el diagnóstico de enfermedades.

Entre los inconvenientes: la falta de regulación sobre su uso, la emisión de errores en su ejecución lingüística, la fabricación de referencias, así como el peligro de las llamadas "alucinaciones de datos" y riesgos de generar sesgos. Entre los desafíos está la necesidad de que la IA disponga de datos de alta calidad.

Conclusión y aplicabilidad: la IA pudiera ser considerada una herramienta complementaria, de apoyo, para mejorar la asistencia médica, pero, a tenor de los riesgos mencionados, el posicionamiento actual tiene que ser que no puede reemplazar la experiencia y el juicio clínico de un médico capacitado. El humano es quien debiera dominar el instrumento y no a la inversa.

MERCEDES DE LA CRUZ HERRERA
GLORIA NARCISA LUCERO BONILLA
ALFONSO ARANA MADARIAGA

Contacte:
mdelac1010@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8589

Comunicació:
PÒSTER

Lo que pueden llegar a notar las madres

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: asimetría labial.

Historia clínica

Paciente masculino de 6 meses de edad.

Antecedentes: embarazo de 40 semanas, parto eutócico. Convive con sus padres y hermana de 8 años.

Alimentación: lactancia materna más complementaria desde los 6 meses.

Vacunación de acuerdo con el calendario. Inició con asimetría del rostro muy discreta, percibida inicialmente por su madre. Se exacerbó a las pocas horas, con una clara desviación de la comisura bucal y sialorrea. Se consultó a urgencias pediátricas del CAP. Ingesta adecuada de alimento y niegan otros síntomas asociados. Destaca que la semana anterior presentó tres días de picos febriles hasta 39 °C.

En la exploración: triángulo de evaluación pediátrica estable, buen aspecto general, activo/reactivo y afebril. Sin lesiones cutáneas. Fontanela anterior normotensa. Sin signos meníngeos. Discreta ptosis palpebral izquierda que no impide el cierre ocular. Sonrisa social con desviación de la comisura del lado izquierdo. Resto de la exploración sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial: 1. Parálisis de Bell. 2. Parálisis periférica secundaria: infecciosa (otitis media aguda), tumoral.

Tratamiento y planes de actuación: se inicia corticoterapia oral, 2 mg/kg/día por 5 días y luego pauta descendente hasta completar 10 días; lágrimas artificiales cada 4 h en caso de dificultad para el cierre ocular. Control por pediatría de atención primaria tras 72 h: resolución casi completa de los síntomas, con discreta desviación de la comisura durante la sonrisa social. Actualmente sin secuelas del episodio y pendiente de valoración por parte de neurología pediátrica.

Conclusiones

La parálisis de Bell es la forma más frecuente de parálisis facial idiopática. El diagnóstico es clínico tras la exclusión de otras causas. Es importante realizar una buena historia clínica y tener presente la parálisis facial como un diagnóstico diferencial en pediatría, ya que el tratamiento precoz antes de las 72 h con corticoides incrementa la probabilidad de recuperación.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PILAR ELIES SÁNCHEZ
XAVIER FARRÉ PUEYO
CARLOTA SAMPERI GINÉ

Contacte:
pilarelies@telefonica.net

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8590

Comunicació:
PÒSTER

Actuació davant de les picades de paparra en l'àmbit de l'atenció primària al medi rural

Introducció: les malalties transmeses per paparres són cada cop més freqüents a Catalunya, per la qual cosa és important diagnosticar-les precoçment en l'àmbit de l'atenció primària i tractar-les adequadament.

Objectiu: revisar l'actuació del motiu de consulta "picada per paparra" en un centre d'assistència primària (CAP).

Material i mètodes: estudi descriptiu retrospectiu de 46 persones que van ser ateses per picades de paparra en l'àmbit d'AP en una àrea bàsica de salut rural. S'han revisat les històries clíniques electròniques des de l'any 2010 fins al febrer de 2023.

Resultats: van consultar 29 dones i 17 homes. La mitjana d'edat va ser de 46,3 anys (4-89). La localització més freqüent va ser el cuir pilós (17 casos), però en altres casos es van trobar a qualsevol altra part del cos. Els casos van tenir simptomatologia local (taca negra, edema, induració). Alguns casos van presentar símptomes generals: adenopaties (13 casos), febre (6), artrimiàlgies (3), cefalea (2) i pruija (1). Del total, 28 casos van rebre tractament antibiòtic (doxiciclina 20 casos, amoxicil·lina-àcid clavulànic 6 casos i tetraciclina 2 casos). En 8 casos amb simptomatologia general es va demanar un estudi serològic: 4 casos van ser positius i 2 casos negatius per *Rickettsia conorii*; en 2 altres casos no es va estudiar *R. conorii* però van ser negatius per a *Borrelia burgdorferi*. Un cas va ser ingressat amb una evolució favorable en pocs dies.

Conclusió: la picada per paparra és un motiu de consulta d'atenció primària, particularment en els àmbits rurals de Catalunya. En el nostre medi, les malalties més freqüentment transmeses són la febre mediterrània familiar, la febre recurrent i la malaltia de Lyme, però també poden transmetre malalties potencialment letals, com algunes encefalitis i la febre hemorràgica de Crimea-Congo.

GLORIA NARCISA LUCERO BONILLA
ALFONSO ARANA MADARIAGA
LILA COROMINAS GARCÍA

Contacte:
celeste.sa10@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8591

Comunicació:
PÒSTER

Un betabloqueante que está de más

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: náuseas.

Historia clínica

Mujer de 59 años hipertensa, diabética de tipo 2, cardiopatía isquémica crónica revascularizada hace 14 años e hipotiroidismo. Sin antecedentes tóxico-alérgicos. Medicación habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg/día, lisinopril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg/día, bisoprolol 2,5 mg/día, metformina/dapagliflozina 5/1.000 mg/día y levotiroxina 111 mcg/día.

Desde hace 3 semanas presenta sensación nauseosa intermitente, de escasos segundos de duración, no interfiere en su actividad diaria. Sin episodios similares previos. Sin vómitos. Niega otros síntomas asociados.

Exploración física: buen estado general, bradicárdica, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Exploración neurológica sin alteraciones. Abdomen anodino y resto normal.

Electrocardiograma (ECG): rítmico a 42 lpm, PR <0,20 s, eje 0°, QRS estrecho, onda T negativa de V1 a V4 (ritmo de escape nodal).

ECG previos: ritmo sinusal, 59 lpm, PR normal, eje 0°, QRS estrecho, onda T aplanada/negativa en precordiales.

Analítica: glucosa 123 mg/dl, función renal/función tiroidea: normales.

Se orienta como una probable bradiarritmia, a descartar causa farmacológica (betabloqueantes), hipotiroidismo descompensado o hiperpotasemia. El estado de la paciente, asintomática actualmente, permite reducir la dosis de bisoprolol a la mitad y revalorar en 48 horas: frecuencia cardíaca estabilizada.

Se realiza interconsulta con cardiología. Recomiendan retiro del betabloqueante, valorar riesgo/beneficio y estabilidad de la cardiopatía isquémica revascularizada con función sistólica conservada. Actualmente permanece asintomática sin alteraciones en ECG (80 lpm) y pendiente de Holter de manera ambulatoria.

Conclusiones

La historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención al paciente y es vital para realizar una buena correlación clínico-diagnóstica, sobre todo en lo que se refiere a la atención primaria, primer eslabón del sistema sanitario, lo que permite intervenciones como este caso, con resultados óptimos, poco invasivos y sin saturar aún más el sistema.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PAULA LLUÍS GRIÑO
LILA COROMINAS GARCÍA
GLORIA LUCERO BONILLA

Contacte:
paula.llg96@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8592

Comunicació:
PÒSTER

Altres efectes de les fluoroquinolones

Dona de 82 anys, al·lèrgica a la penicil·lina, amb factors de risc cardiovascular, miocardiopatia isquèmica doblement antiagregada, insuficiència renal crònica i anèmia macrocítica, amb inici recent, fa 3 dies, de levofloxacina per pneumònia. Consulta per moviments involuntaris d'1 dia d'evolució. En l'exploració física s'observen mioclònies espontànies a ambdues extremitats superiors, de predomini esquerre. En l'anàlisi destaca una insuficiència renal crònica aguditzada i anèmia ja coneguda. Tomografia computada (TC) cranial amb lesió d'aspecte crònic parietal dret, però no es disposa de TC prèvia per comparar. S'orienta com a mioclònies secundàries a levofloxacina versus d'origen epilèptic, donat que la levofloxacina pot disminuir el llindar epilèptic. Es decideix el canvi a un altre antibiòtic (i evitar cefalosporines pel mateix motiu) i ingrès per a observació i control. Al cap de 24 h d'ingrés, la clínica es resol i finalment és alta a domicili.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: les fluoroquinolones són antibiòtics utilitzats en el tractament d'un gran ventall d'infeccions bacterianes que poden presentar efectes secundaris a nivell del sistema nerviós central (SNC) en un 1-8% dels casos, com al·lucinacions, depressió, mioclònies i reaccions psicòtiques. Es creu que la causa podria ser la interacció del fàrmac amb les vies inhibitories de l'SNC, principalment amb el complex de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), i que produeix una inhibició competitiva del receptor GABA. Aquests efectes són més freqüents quan s'administra per via oral, amb edat avançada, insuficiència renal i tractament concomitant amb antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) o teofil·lina. Apareixen els primers 7 dies de tractament i desapareixen al suspendre'l. En el nostre cas, les mioclònies es van atribuir al tractament oral amb levofloxacina per la relació temporal i la posterior desaparició dels símptomes al suspendre-la, tenint en compte la presència de factors de risc (edat avançada i insuficiència renal).

ANTONIA CABALLERO ALÍAS
SARA FERNÁNDEZ MEJÍAS
MARÍA EDITH FUNES PAHUASI

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8593

Comunicació:
PÒSTER

Recidiva de tumoració cervical

Àmbit: atenció primària.

Motiu: tumoració cervical esquerra.

Història clínica

Dona de 32 anys sense antecedents. Recidiva de tumoració laterocervical esquerra sense més símptomes, de 2 mesos d'evolució.

Exploració: tumoració abscessificada de 4 cm x 3 cm, eritematosa, calenta, amb adenopaties a tot el coll. Va tenir un episodi similar fa 1 any, diagnosticat com lipoma després d'ecografia.

Enfocament familiar i comunitari: educadora/monitora d'un menjador social, en contacte estret amb població immigrant i general en condicions socioeconòmiques deprimides.

Proves: analítica normal, prova del derivat proteic purificat (PPD) positiu (10 mm x 10 mm), radiografia de tòrax normal. Amb la sospita de tuberculosi (TBC) es fa interconsulta a pneumologia/TBC, però es descarta estudi perquè no hi ha afectació pulmonar. Es contacta amb diagnòstic ràpid via gestió de casos i es programa visita a medicina interna. Tomografia computada (TC) toracocervical: adenopaties laterocervicals esquerreres amb centre necròtic, captació perifèrica de contrast, discreta condensació de tipus "arbre en brot" al lòbul superior dret; troballes compatibles en primer lloc amb TBC. Assaig d'alliberament d'interferó gamma (IGRA) positiu i tinció de Ziehl d'esput negatiu per a bacils resistents a l'àcid (BAAR). Biòpsia de gangli: tinció auramina i de Ziehl per a micobacteris negatius per a BAAR; PCR del complex *Mycobacterium tuberculosis* no detectable. Cultiu micobacteris pendent.

Judici clínic: tuberculosi ganglionar (escròfula laterocervical esquerra).

Diagnòstic diferencial: limfoma.

Tractament/evolució: a l'atenció primària s'inicia tractament amb amoxicil·lina/àcid clavulànic en espera de lectura del PPD i radiografia. Apareix reacció al·lèrgica amb el primer comprimit i es canvia a clindamicina, sense millora clínica. Presenta una segona reacció al·lèrgica al contrast iodat després de la TC. Amb els resultats finals s'inicia isoniazida + rifampicina + pirazinamida amb bona resposta i disminució important de la tumoració. Al cap de 3 setmanes es retira el tractament per hepatotoxicitat (GOT: 187 U/l, GPT 225 U/l).

Conclusions

L'atenció primària ha de ser capaç de sospitar el diagnòstic de TBC. És important tenir present sempre un enfocament comunitari davant qualsevol problema de salut que es consulti. Fer un cribratge amb tuberculina a persones sense factors de risc és recomanable per evitar un risc social si s'infecten.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BERTA FORNÉS OLLÉ
GEMMA JORBA PALOMAS
ANNA BOADA PEIRÓ

Contacte:
bertaseta@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8594

Comunicació:
ORAL

Quan anar més enllà del motiu de consulta dona sentit a la nostra feina a urgències

Àmbit: serveis d'urgències d'atenció primària.

Motius de consulta: home solter de 68 anys traslladat en ambulància des d'un poble per realitzar radiografia facial posterior a un accident lleu de cotxe amb contusió facial en situació d'embraguesa.

Història clínica

A l'inici de la visita intentem interrogar el pacient, però l'estat de embriaguesa no ho permet. Mentre realitzem sutura de la ferida nasal i radiografia facial, li administrem sueroteràpia i queda en observació amb constants estables. Realitzem anàlítica per descartar signes de sagnat intern. Destaca albúmina 2,6 g/dl, proteïna C reactiva 184 mg/l, leucòcits $9.700 \times 10^9/l$, eritròcits $3,82 \times 10^{12}/l$, hemoglobina 9,8 g/dl, hematòcrit 29,9%. Observem empitjorament de l'anèmia present en anàlítica realitzada 1 mes abans (hemoglobina 11,5 g/dl i prèviament era $>14,0$ g/dl) encara no valorada pel seu metge. En anàlítica de control descartem sagnat intern. Quan està més despert, ens explica el seu consum elevat d'enol i tabac. Refereix pèrdua de 6 kg en els últims 6 mesos, associada a astènia amb restrenyiment. Viu amb la mare, que és dependent i reconeix que es passa moltes hores al bar. Observem que hi ha un problema social relacionat amb l'enol i absència d'al·licients vitals, i ens crida l'atenció l'anèmia de diagnòstic recent en pacient amb síndrome tòxica. Tot i la pressió assistencial i ja resolt el motiu de consulta decidim ampliar l'estudi al centre d'urgències d'atenció primària amb radiografia de tòrax, que mostra una massa a nivell del lòbul superior esquerre amb signe de l'embarassada, destrucció de costelles i imatges de fractures costals antigues. S'activa el circuit de la unitat de diagnòstic ràpid. És diagnosticat de neoplàsia de pulmó amb metàstasi.

Conclusions

Presentem aquest cas al qual, inicialment, només calia fer-li una radiografia i sutura, però que al valorar el context social i les proves prèvies es decideix anar més enllà, que és el que dona sentit a la nostra professió, amb un diagnòstic final de procés neoplàsiat.

BERTA FORNÉS OLLÉ
ANNA BOADA PEIRÓ

Contacte:
bertaseta@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8595

Comunicació:
ORAL

A quin braç és millor mirar la pressió arterial?

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: mareig i sudoració.

Història clínica

Home de 56 anys, hipertens mal controlat, en tractament amb lisinopril 5 mg. Feia 4 dies havia iniciat un quadre de mareig sense esforç físic que empitjorava amb els canvis de posició cefàlica, amb cefalea posterior, sensació d'emboirament i sudoració. El dia després consultà al CAP, on presentà pressió arterial (PA) de 102/75 mmHg amb 80 bpm, amb electrocardiograma i exploració neurològica anodins. Des d'aquell dia presenta controls de PA al voltant de 95/70 mmHg, sempre al braç esquerre. Els seus registres previs havien estat sempre al braç esquerre, de 145/90 mmHg, a casa, tot i que en els darrers 6 mesos reconeix no haver-s'ho mirat. Quan el visito, no palpo el pols radial esquerre i explica episodis de parestèsies nocturnes al braç esquerre que milloren al moure'l. Reviso de nou la PA i objectivo valors de 99/74 mmHg al braç esquerre i de 185/102 mmHg al braç dret. Derivo a urgències per descartar obstrucció arterial i patologia vascular cerebral. Allà realitzen tomografia computada (TC) cerebral i radiografia de tòrax sense troballes. Demanen ecografia vascular ambulatoria on s'objectiven signes d'arteriopatia oclusiva a subclàvia esquerra, confirmada amb angio-TC. S'inicia antiagregació. Reinterrogat per neurologia, el pacient explica un episodi de disàrtria i un de diplopia previs, autolimitats, al pujar una persiana i a l'aixecar-se d'una cadira. S'orienta de vertigen paroxístic posicional aïllat de repetició amb episodis transitoris focals de clínica vertebrobasilar, amb una estenosi de l'origen de la subclàvia amb fenomen de robatori vertebral sense claudicació de l'extremitat superior. Es realitza angioplàstia amb *stent*, amb resolució clínica.

Conclusions

Controlar la PA i els polsos a nivell bilateral (maniobres exploratòries senzilles no invasives) pot ajudar a filiar una hipotensió i descartar possibles estenosis arterials d'inici.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JORGINA LUCAS NOLL
JOSEP LLUIS CLUA ESPUNY
ANNA PANISELLO TAFALLA
CRISTINA SOLÀ ADELL
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
MARIA DEL MAR LLEIXÀ FORTUÑO

Contacte:
jlucasn@catsalut.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8599

Comunicació:
PÒSTER

Els costos de l'ictus a l'atenció primària. Revisió sistemàtica

Objectiu: l'ictus és una de les principals causes de mort i discapacitat. S'espera que la seva incidència augmenti. Hi ha una escassetat d'estudis basats en criteris de control dels factors de risc cardiovascular en prevenció primària i secundària, accessibilitat, rehabilitació postictus i entorn funcional extrahospitalari. L'objectiu és revisar la bibliografia sobre costos de l'ictus a l'atenció primària.

Material i mètodes: revisió sistemàtica.

Fonts de dades: PubMed/MEDLINE, ClinicalTrial.gov, Cochrane Reviews, EconLit i Ovid/EMBASE entre l'01/01/2012 i el 31/12/2021.

Selecció d'estudis: aquells amb descripció dels costos de les activitats realitzades en l'àmbit extrahospitalari.

Resultats: 30 estudis, 14 (46,6%) relacionats amb costos postictus i 12 (40%) amb costos de prevenció cardiovascular. El tractament de la fibril·lació auricular (FA) té un cost mitjà de 4.750-23.064 €/pacient/any. Les complicacions cardiovasculars i l'ictus isquèmic en pacients amb FA afegeixen un cost del 20%. D'altra banda, el cost anual per pacient amb hipertensió arterial és molt variable, oscil·lant entre els 5 € i els 48.353 € per any de vida ajustat per qualitat (QALY). Al voltant del 23% dels pacients patiran un segon episodi, que genera més discapacitat i un augment de la mortalitat. Les mesures de prevenció secundària poden reduir-los fins a un 80%.

Conclusions: els resultats de la revisió mostren que la majoria dels estudis se centren en l'atenció hospitalària, la qual cosa no permet una anàlisi detallada dels costos per segments de serveis. Les possibilitats de millora se centren en la prevenció primària i secundària, la selecció i el trasllat prehospitalari, l'alta precoç amb suport i l'atenció sociosanitària.

JUDIT CAÑIS OLIVÉ
ALBA MURISCOT FORTET
ANNA SEGUÍ GRIVÉ

Contacte:
jcanis.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8601

Comunicació:
PÒSTER

Estudi d'una cardiopatia familiar a través de medicina de família

Dona de 16 anys que acudeix acompanyada de la seva mare, d'origen peruà. Demanen un electrocardiograma (ECG) d'estudi de cardiopatia familiar. La mare, de 46 anys, refereix un ingrés recent per edema agut de pulmó a causa d'una miocardiopatia que encara no està filiada, pendent d'estudi per cardiologia.

En la visita sol·licito accés a la història clínica de la mare, que no era del meu contingent. Reviso la història cardiològica i observo que no s'ha sol·licitat l'estudi de *Trypanosoma cruzi* per part de cardiologia. Amb el permís de la usuària, sol·licito la serologia d'immunoglobulina (Ig) G. Per altre banda, es realitza exploració física de la filla: auscultació cardíaca rítmica, sense bufs. ECG: RS a 68 bpm, eix 60°, PR 0,12 sec, QRS 0,12 sec, sense alteracions en la repolarització.

En una visita posterior, la usuària del meu contingent acudeix també amb la mare i indiquen confirmació diagnòstica de malaltia de Chagas. Realitzo estudi en la filla a través de serologia, que és negativa.

La malaltia de Chagas és una malaltia produïda pel protozou *T. cruzi*. Un 20-30% dels pacients presenten afectació cardíaca: s'observa a l'ECG un bloqueig de la branca dreta i un hemibloqueig anterior. La transversalitat de l'atenció primària permet un seguiment de les persones a través de les diferents etapes de la vida i aquesta perspectiva va permetre un diagnòstic a temps d'una patologia important.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANNA FRANCISCO ARENAS
GRUP VOCSOB
EVA BELLERINO SERRANO
ROSA PAHISA GALLEGO
ALBA TELLO ALMENDROS
CARMÉ BERBEL NAVARRO

Contacte:
anna.francisco.arenas@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8607

Comunicació:
PÒSTER

Atenció de l'obesitat com a malaltia, no com a factor de risc cardiovascular

Introducció: l'obesitat és una malaltia crònica multifactorial de gran transcendència sociosanitària i econòmica, i que és un problema de salut pública. Causa o empijora altres entitats: diabetis, malaltia coronària, hipertensió i determinats tumors. S'associa, proporcionalment al grau d'obesitat, amb més risc de mortalitat cardiovascular, més prevalença d'alteracions psicopatològiques, increment del cost sanitari i disminució de l'esperança de vida.

Objectius de l'experiència: sistematitzar l'atenció d'adults amb obesitat mòrbida a l'atenció primària (AP) d'una forma integral, per millorar el seu pes, millorar els factors de risc associats i la qualitat de vida, amb l'objectiu de millorar la seva salut.

Descripció de l'experiència: s'ha creat un grup de professionals d'AP (metgesses, infermeres, nutricionistes). S'han definit el contingut de les visites:

Visita d'infermeria per a pes/talla (índex de massa corporal [IMC]), tensió arterial, freqüència cardíaca, perímetre abdominal, hàbits dietètics, activitat física, qüestionaris de qualitat de vida, d'incontinència d'orina i d'apnees del son.

Visita mèdica per a antecedents personals/familiars, clínica associada i proves complementàries necessàries per descartar obesitat secundària i detectar comorbiditats.

Visita nutricionista per a registre dietètic i proposta de dieta.

Amb les dades recollides es farà una valoració integral de l'obesitat com a malaltia i es derivarà a l'hospital els pacients tributaris de cirurgia bariàtrica. Als pacients candidats a tractament farmacològic se'ls proposarà tractament amb liraglutida (anàleg del receptor del pèptid similar al glucagó de tipus 1), únic fàrmac aprovat fins ara per a l'obesitat.

Una vegada dissenyat aquest protocol estandarditzat d'actuació (inclourem inicialment els pacients amb obesitat mòrbida), se'n farà la difusió entre els professionals implicats al territori i avaluarem amb indicadors definits els resultats de la nostra intervenció.

Conclusions: es tracta del disseny d'un protocol sistematitzat per atendre els pacients amb obesitat amb la mateixa meticulositat i rigor que tractem altres malalties cardiovasculars.

Aplicabilitat: la prevalença de l'obesitat i les conseqüències que se'n deriven haurien de justificar la necessitat de sistematitzar l'atenció d'aquests pacients a l'AP, raó de ser d'aquest protocol d'actuació.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO
BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ

Contacte:
portajera@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8610

Comunicació:
PÒSTER

Síndrome d'Addison com a troballa en estudi de pacient amb quadre tòxic

Àmbit del cas: atenció primària.

Història clínica

Dona de 45 anys que acut al CAP referint quadre progressiu de 9 mesos d'evolució de malestar general, astènia, pèrdua de pes, artràlgies de predomini a les extremitats superiors, a més d'hiperpigmentació a les extremitats, plecs i boca. No presenta antecedents familiars ni personals d'interès, excepte dislipèmia mixta i hipotiroïdisme subclínic.

En l'exploració física presenta tensió arterial de 110/80 mmHg, freqüència cardíaca de 75 bpm, afebril i 64 kg de pes (habitualment 75-80 kg). Destaca una hiperpigmentació generalitzada a les extremitats (de predomini a les línies palmars i el llit unguial d'ambdues mans), plecs corporals, genives i mucosa bucal.

L'analítica de sang és normal excepte per hemoglobina 11,4 g/dl, velocitat de sedimentació globular 78 mm/h, creatinina 0,95 mg/dl i filtrat renal de 73 ml/min/1,73 m². També mostra valors d'hipotiroïdisme ja coneguts. Presenta factor reumatoide negatiu i nivells de vitamina D de 7,68 ng/ml amb un cortisol de 0,93 mg/dl i un valor d'hormona adrenocorticotropa >1.500 pg/ml.

Degut a les alteracions corticoadrenals, es fa derivació urgent al servei d'endocrinologia per sospita de malaltia d'Addison. Allà s'explica la patologia a la pacient i s'inicia tractament substitutiu amb hidroaltesona 20 mg/dia + fludrocortisona. Es complementa el diagnòstic amb l'anàlisi d'anticossos anticàpsula suprarenals que van ser positius (títol 1/80), confirmant la sospita de la patologia.

Al control després de 2 setmanes, la pacient manifesta millora de la clínica d'astènia i hiperpigmentació. Es pauten controls periòdics a primària.

Conclusions

Les síndromes tòxiques són habituals a la consulta de primària. Al diagnòstic diferencial s'ha d'incloure patologia oncològica, però altres patologies poden causar quadres similars, fet pel qual l'exploració física i una bona anamnesi són molt importants. En el cas de la malaltia d'Addison, la detecció i derivació ràpides a l'endocrí, així com l'inici primerenc del tractament, són importants per a la millora clínica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁNEZ
CARME SAPERAS PÉREZ

Contacte:
delegadablumep5b@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8613

Comunicació:
ORAL

Augment de fiabilitat diagnòstica a l'atenció primària amb ecografia a les consultes traumatològiques

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor sobtat al peu.

Història clínica

Dona de 54 anys, corredora i que camina diàriament de forma moderada. Sense cap antecedent traumàtic previ presenta dolor, tumefacció i impotència funcional al peu esquerre fa uns dies. No té menopausa ni malalties metabòliques conegudes o antecedents patològics d'interès. Sense medicació habitual.

Exploració física: dolor i tumefacció a la pressió de la regió dorsal de l'avantpeu, a nivell del segon metatarsià del peu esquerre. Sense deformitats ni hematoma.

Proves complementàries: ecografia amb sonda lineal a la consulta d'atenció primària (*point of care ultrasound*, POCUS), que detecta a la projecció longitudinal una discontinuïtat de la cortical amb reacció periòstica secundària del segon metatars a la zona de dolor, que es confirma en projecció transversal, sense desplaçament.

Diagnòstic diferencial: fractura per estrès o de la marxa per augment de duració, intensitat o freqüència de l'activitat física sense períodes de repòs adequats, fractures d'insuficiència (desequilibris hormonals, deficiències nutricionals, o trastorns metabòlics).

Diagnòstic: fractura d'estrès del segon metatars de peu esquerre.

Tractament: derivació a urgències de traumatologia de l'hospital on es col·loca una bota tipus Walker, s'inicia anticoagulació amb heparina de baix pes molecular i es controla a traumatologia fins a la retirada de la bota amb la consolidació de la fractura. Paral·lelament es fa seguiment ecogràfic a atenció primària de l'evolució de la consolidació, i es pot recomanar la reincorporació a la feina i l'activitat esportiva.

Conclusions

La incorporació de l'ecografia al punt d'atenció a les consultes d'atenció primària millora l'eficiència diagnòstica, el seguiment i maneig de patologies com la fractura d'estrès, en la qual la radiografia acostuma a ser normal els primers dies, i així disminueix la irradiació i el temps per accedir a traumatologia.

IRENE BENTOLDRA BOLADERES
SHAARON ROJAS ATACHAO
ISABEL SANTSALVADOR FONT

Contacte:
irenebentoldra@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8614

Comunicació:
PÒSTER

Malaltia d'Osgood-Schlatter. Un cas de gonàlgia en un adolescent esportista

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: nen de 13 anys acut per gonàlgia esquerra de 2 setmanes d'evolució. Nega traumatisme.

Història clínica

Sense antecedents patològics d'interès. Jugador de futbol federat. L'exploració física evidencia dolor sobre les dues tuberositats tibials anteriors (TTA). Sense ferides, vessament articular, augment de la temperatura ni inestabilitat articular. Es va realitzar una radiografia de genolls bilateral. La projecció lateral mostra una discontinuïtat de la tuberositat tibial anterior (TTA). En el genoll esquerre s'objectiva un arrencament de la TTA. Tot això és compatible amb la malaltia d'Osgood-Schlatter.

La malaltia d'Osgood-Schlatter és una de les causes més freqüents de gonàlgia en infants entre els 10 i els 15 anys. S'associa amb esports que impliquin salts múltiples, curses curtes i puntades de peu, com bàsquet, futbol, voleibol, salt d'alçada i de longitud, i gimnàstica esportiva.

La repetitiva seqüència de contracció-relaxació del quàdriceps genera una tracció de la TTA per part del tendó rotular. L'avulsió crònica de l'os produïda per aquest tendó genera un call de fractura i l'eixamplament de la tuberositat. Aquesta pot arribar a fracturar-se, com en el cas del nostre pacient, de manera que el dolor s'exacerba.

El tractament inicial de la malaltia d'Osgood-Schlatter és conservador i inclou analgesia, aplicació de fred local, estiraments, potenciació del quàdriceps i modificació de la pràctica esportiva (es permet practicar natació i ciclisme). Només un 10% dels pacients tenen una mala evolució i necessiten alliberament quirúrgic i exèresi de les restes ossiculars o cartilaginoses lliures. En el cas del nostre pacient, amb arrencament de l'espina tibial anterior esquerra, es va realitzar una immobilització de l'articulació i derivació a consultes externes de traumatologia.

Conclusions

Davant d'un adolescent esportista que consulti per gonàlgia hem de pensar en la malaltia d'Osgood-Schlatter, el tractament de la qual és conservador.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DAVID DE LA NUEZ RODRÍGUEZ
ÀNGELS BALLARÍN CASTANY
ARANTZAZU SANTANA GONZÁLEZ

Contacte:
davidnuez-07@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8615

Comunicació:
PÒSTER

Les decisions compartides: una pràctica necessària en el nostre dia a dia

Home de 85 anys amb antecedents personals d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2 i polimiàlgia reumàtica. Va fer tractament amb corticoides orals. Actualment asimptomàtic sense tractament.

El mes de març de 2019, en l'estudi per sospita de demència es detecta a la tomografia computada (TC) cranial un hematoma subaracnoidal, amb un antecedent de caiguda uns 4 mesos abans. Es va considerar posttraumàtic i se'n va fer seguiment fins a resolució.

L'abril del mateix any fou diagnosticat de demència de tipus Alzheimer.

El mes de maig va patir una trombosi venosa profunda poplità dreta i es va pautar descoagulació durant 6 mesos amb resolució completa.

El desembre, una vegada retirada l'anticoagulació, repetí trombosi venosa profunda poplità dreta. Es reinicià descoagulació.

El gener del 2020 presentà hematoma cerebral en context de descoagulació, alteració del camp visual recuperada completament posteriorment. Aleshores es va retirar descoagulació. La ressonància magnètica cerebral mostrà angiopatia amiloide.

L'abril del 2020 va patir un episodi de trombosi femoropoplità esquerra.

Som davant d'un pacient amb demència de tipus Alzheimer amb episodis de trombosi venosa profunda de repetició (tres ocasions) i hemorràgia cerebral, també de repetició (tres ocasions), probablement per angiopatia amiloide. La indicació d'anticoagulació per a la trombosi és clara i les conseqüències de no fer-ho poden resultar nefastes, però també és clara la indicació de descoagulació, donades les hemorràgies cerebrals repetides. Davant d'aquesta disjuntiva, la decisió va ser compartida entre medicina interna, geriatria, atenció primària, el propi pacient (en la mesura que la seva malaltia li permetia entendre-ho) i la família. Es va decidir seguir tractament amb enoxaparina 40 mg/dia de manera continuada, que el pacient ha estat prenent des de llavors sense haver experimentat altres complicacions fins avui.

Conclusions: és un exemple de complexitat clínica, que combina el maneig de la incertesa i les decisions de risc vital. Les guies de pràctica clínica no donen resposta a totes les situacions que se'ns presenten. En aquests casos la coordinació entre tots els professionals, el pacient i la família és fonamental.

La longitudinalitat i la proximitat i confiança de l'equip d'atenció primària és clau.

ALEJANDRO BARRETO MARTÍN
ALBERT SEGUER TOIRAN
DAVID DE LA NUEZ RODRÍGUEZ

Contacte:
barreto_am@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8619

Comunicació:
PÒSTER

Programa de gestión de atención a la complejidad, nueva herramienta de coordinación

Objetivo: mejorar la coordinación en la asistencia médica y social de pacientes de alta complejidad y aumentar la eficacia en la obtención de resultados.

Descripción: en atención primaria, los pacientes con alta complejidad suponen un reto para el manejo de problemas tanto médicos como sociales, ya que no se dispone del tiempo y el espacio para una correcta coordinación. Desde el Departamento de Salud y Bienestar Social se ha creado la agencia de atención integral social y sanitaria, de donde surge el proyecto PGAC (Programa de gestión de atención a la complejidad), un grupo compuesto por sanitarios y asistentes sociales que trabajan sobre estos pacientes a petición de atención primaria, centros sociosanitarios, etc. En nuestro caso, solicitamos la inclusión de un paciente de 57 años con antecedentes de policonsumo y deterioro cognitivo por abuso de tóxicos. En los últimos 2 años presentó varios episodios de deterioro funcional en contexto de abandono de medicación, falta de autocuidado, etc., por lo que decidimos exponer el caso. Tras incluirlo, en poco tiempo, la coordinación de sus problemas médicos y sociales permitió su ingreso en un centro sociosanitario para su estabilización y adecuación de los requisitos sociales, y se ingresó finalmente en una residencia.

Conclusión: la existencia del PGAC ha permitido una gestión óptima de los recursos que requería el paciente (estabilización médica e ingreso en residencia). Si se hubiera realizado de forma separada, el proceso se hubiera demorado probablemente más tiempo y no se hubiera llegado a una optimización adecuada de los recursos.

Aplicabilidad: la gestión conjunta sanitaria y social en pacientes de alta complejidad aporta la mejora de los resultados sanitarios a través de la optimización de los recursos y se considerará una herramienta clave en los próximos años, cuando el aumento de la complejidad de los pacientes y los recursos limitados haga indispensable este proyecto.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANA KARINA INGA MOGROVEJO
ISABEL GRACIA MARCO
BEATRIZ PALACÍN ELTORO

Contacte:
ainga.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8627

Comunicació:
PÒSTER

Una verruga con vida propia

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivos de consulta: lesión verrugosa en ingle derecha.

Historia clínica

Enfoque individual: hombre de 40 años de edad, sin antecedentes médicos quirúrgicos, ni alergias. Refiere que presenta lesión verrugosa de 15 días de evolución a nivel de la ingle derecha, afebril, sin otra sintomatología acompañante. En el examen físico se evidencia, en la ingle derecha garrapata anclada a la piel, sin eritema perilesional ni escara negra, sin adenopatías.

Enfoque familiar y comunitario: vive en la calle desde hace varios años, no tiene domicilio fijo, por lo tanto, no cuenta con hábitos higiénicos adecuados. Visita pocas veces la atención primaria por patologías menores y no cuenta con médico de cabecera.

Juicio clínico: picadura de garrapata.

Diagnóstico diferencial: verruga herpética.

Tratamiento: extracción correcta de la garrapata y antibioterapia oral.

Identificación de problemas: paciente que no cuenta con médico de cabecera ni presenta seguimiento de patologías.

Evolución: no se cuenta con evolución de paciente.

Conclusiones

La picadura de garrapata constituye una consulta relativamente frecuente sobre todo en comunidades rurales, especialmente en la época estival. Las garrapatas se anclan a la piel, principalmente en pliegues y cuero cabelludo. Un pequeño porcentaje puede producir complicaciones, como las enfermedades transmitidas por garrapata, que son fiebre botonosa o exantemática mediterránea y la enfermedad de Lyme y DEBONEL/TIBOLA. Con una historia clínica completa y basándose en antecedentes sociales y epidemiológicos, tenemos un paciente con síntomas inespecíficos, que pueden aparentar una infección vírica. Al evidenciar la garrapata anclada a la piel y que ha estado ahí más de 48 horas, se decide iniciar tratamiento y no profilaxis, sin esperar a las analíticas, puesto que no se puede realizar seguimiento, para evitar complicaciones graves que incluso lleguen a la muerte del paciente.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁÑEZ

Contacte:
delegadablumep5b@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8628

Comunicació:
ORAL

Un canvi de paradigma: l'ecografia a l'atenció primària

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor abdominal.

Història clínica

Dona de 66 anys amb antecedents d'hiperglucèmia i cirurgia per hèrnia inguinal encarcerada el 2017.

Acut a urgències hospitalàries per dolor abdominal difús i vòmits. Analítica d'urgències: leucocitosi neutrofílica, proteïna C reactiva 0,63 mg/dl, bioquímica renal, hepàtica, lipasa i amilasa normals, sediment d'orina negatiu, radiografia d'abdomen sense signes d'oclusió. S'orienta com a "dolor abdominal no especificat" i és alta amb dieta, procinètics i gastroprotecció i control pel metge de família.

Ve 5 dies més tard a la consulta de primària per persistència de dolor abdominal a l'hipogastri i intolerància a la ingesta, febre de 39,5 °C, diarrees líquides i inapetència. Millora dels vòmits, però no del dolor amb el tractament pautat a l'hospital.

Exploració física: dolor abdominal profund i difús focalitzat a l'hipogastri. Blumberg positiu. *Labstix* negatiu. Distensió abdominal sense petèquies lumbar o periumbilicals: signes de Grey Turner i de Cullen negatius.

Ecografia a peu de llit: signes de pneumoperitoneu i Blumberg ecogràfic positiu a punt de McBurney. No es visualitza l'apèndix per presència de pneumoperitoneu i nanses ileals amb acumulació de líquid.

S'orienta com a abdomen agut amb sospita d'apendicitis/diverticulitis perforada i ili paralític reflex i es rederiva a l'hospital.

Diagnòstic diferencial: peritonitis, apendicitis aguda, perforació de tracte gastrointestinal, annexitis, malaltia de vies biliars i pàncrees, isquèmia intestinal, còlic renal o biliar, ruptura d'aneurisma aòrtic, ruptura esplènica, fàrmacs opioides/anticolinèrgics, infart de miocardi, pneumònia de lòbuls inferiors.

Tractament: derivació a urgències de cirurgia on confirmen el diagnòstic amb tomografia computada abdominal. Es realitza apendicectomia d'urgència amb bona evolució.

Diagnòstic: apendicitis perforada amb pneumoperitoneu i ili paralític.

Conclusions

L'ecografia a l'atenció primària millora l'eficiència diagnòstica i el maneig de patologies potencialment quirúrgiques, i disminueix la incertesa i el temps des de la consulta fins a l'acte quirúrgic.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

AINHOA BAZTÁN
ANNA AGUILAR
MARIONA TEIXIDOR

Contacte:
ainhoa.bhc@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8630

Comunicació:
PÒSTER

Influencia del aislamiento en la salud mental. Soluciones en la comunidad

Historia clínica

Paciente de 48 años, con un buen nivel socioeducativo, sin otros antecedentes de interés. Inicia clínica depresiva secundaria a *mobbing* laboral. Tras un seguimiento psicológico no terapéutico por parte de su doctora de cabecera, se deriva a psicología del centro de salud mental de adultos (CSMA) para mayor soporte. Al no conseguir una mejora se inicia seguimiento por psiquiatría de mutua laboral quien complementa tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) primero, que modifica a un dual por respuesta insuficiente.

Evolució: el paciente se encuentra en situación de incapacidad laboral temporal para evitar el factor desencadenante. Se va a vivir a una vivienda a las afueras de la ciudad, se separa de su pareja y se aísla de sus compañeros de trabajo. Al cabo de un año, el paciente, que había iniciado un episodio de depresión exógena, realiza un empeoramiento progresivo de los autocuidados y de la socialización, así como de la clínica depresiva a pesar de la terapia y psicofármacos. Por ello, se decide incluir al paciente en un grupo de intervención no terapéutica comunitaria semanal con el soporte de las psicólogas de primaria. Debido al aumento de frecuencia de las visitas, el paciente se ve obligado a volver al barrio y establece vínculos relacionales con el resto de los componentes del grupo, que le procuran planes más allá de las sesiones. También aprende sobre rutinas de autocuidados (meditación, respiración diafragmática, rutinas de ejercicio...), de forma que aunque persiste el episodio depresivo, la disminución del aislamiento mejora considerablemente la clínica.

Conclusiones

La medicina comunitaria es una herramienta para aliviar el aislamiento en pacientes con enfermedad mental.

Se debe hacer hincapié en la importancia de los autocuidados y de la socialización en estos pacientes desde las primeras visitas, porque la pérdida de rutinas y el aislamiento son factores de muy mal pronóstico para estas patologías.

ALBA MURISCOT FORTET
JESSICA BOFARULL MALYN
JÚLIA LÓPEZ ALAYETO
ANNA SEGUÍ GRIVÉ
JUDIT CAÑIS OLIVÉ
IOLANDA CAULES TICOULAT

Contacte:
amuriscot.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8631

Comunicació:
PÒSTER

Experiència de desprescripció de benzodiazepines a una àrea bàsica de salut

Des del 2012, el consum a Espanya d'ansiolítics i hipnòtics ha augmentat exponencialment. Si abans de la pandèmia es va veure algun punt de millora, arrel d'aquesta s'ha disparat el consum de benzodiazepines (BZD). Espanya és el tercer país per nombre de dosis diàries per 1.000 habitants/dia (DHD) d'Europa.

Amb la incorporació del psicòleg comunitari als centres d'atenció primària (CAP) i la preocupació per aquest augment de prescripcions de forma generalitzada, des del nostre centre vam decidir fer una intervenció per millorar la desprescripció de BZD.

Es va idear, juntament amb les psicòlogues comunitàries, un pla d'acció que comprenia una sessió de desprescripció de BZD per a tots els professionals prescriptors, d'1,5 h de durada (s'hi recordaven també els efectes adversos i secundaris d'aquests medicaments) a càrrec del farmacèutic de referència; i una ruta de recolzament a la desprescripció mèdica per part de les psicòlogues comunitàries, on feien una intervenció grupal de reforç per a la desprescripció amb una sessió setmanal grupal durant 10 setmanes.

Així, el metge selecciona aquells candidats idonis a la desprescripció de BZD, en fa un seguiment individualitzat i els deriva, si hi estan d'acord, a les psicòlogues comunitàries per accedir als tallers comunitaris per a l'adquisició de recursos i habilitats per promoure l'autocura i la pròpia educació sanitària per al benestar emocional, i així s'intenta evitar l'ús inadequat de fàrmacs potencialment greus.

S'han organitzat els tallers sanitaris en 10 sessions amb els següents tòpics:

1. Presentació, normes del grup. Què em passa?
2. Gestió emocional.
3. El poder del pensament.
4. Resolució de conflictes.
5. Fàrmacs i adherència al tractament (intervenció d'infermera del centre de salut mental).
6. Alimentació saludable (intervenció de la nutricionista).
7. Habilitats socials: empatia i escolta activa.
8. Habilitats socials: assertivitat.
9. Tècniques de relaxació.
10. Resum, acomiadament i avaluació.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALICIA RUL-LAN RABASSA
MALGORZATA ANNA ROZENEK
SHEENA DARYANANI NAWALRAI
PATRICIA HERNÁNDEZ MÉNDEZ
ANA SANTOLALLA DE PEDRO
DARIÓ LÓPEZ GALLEGOS

Contacte:
alimed@uic.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8632

Comunicació:
ORAL

Barreres i facilitadors a l'atenció primària per a l'ús de maniobres diagnòstiques i de tractament del vertigen posicional paroxismal benigne. Estudi qualitatiu amb grups focals

Introducció: el vertigen posicional paroxístic benigne (VPPB) és la causa més freqüent de vertigen perifèric. El maneig es realitza mitjançant maniobres de recol·locació canalicular. Tot i que són tècniques fomentades per les guies de pràctica clínica, estan infrautilitzades.

Objectius: explorar les barreres i facilitadors de l'adherència a les guies en el maneig del VPPB des de la perspectiva dels metges i metgesses de família. Explorar la utilitat del dispositiu NYSTAREC.

Material i mètodes: estudi qualitatiu mitjançant grups focals. Població d'estudi: metges i metgesses d'un servei d'atenció primària. Mostreig intencionat i raonat, amb 4 grups segons criteris de sexe, edat, anys d'experiència i equip d'atenció primària (en total 34 participants). Recollida de dades i anàlisi: grups focals en sessions de 90 minuts, basat en un guió de preguntes elaborades prèviament, fins a la saturació de la informació. Es varen transcriure les sessions i es va realitzar l'anàlisi del contingut temàtic per tres investigadors independents per triangular les interpretacions.

Resultats i discussió: falta de temps, males experiències inicials, por a perjudicar el pacient, sobretot la gent gran, dificultats per visualitzar el nistagme i vèncer la inèrcia de les expectatives del pacient, que espera una pastilla en lloc d'unes maniobres físiques, són les principals barreres detectades. Com a facilitadors, l'estalvi de temps que finalment podria suposar fer un bon maneig des del principi amb una formació inicial adequada amb recordatoris periòdics, un referent proper per poder refrescar els conceptes i, finalment, el desenvolupament d'ajudes tecnològiques que poguessin oferir tutories, vídeos accessibles i ajudes en la interpretació del nistagme. El VPPB és una excel·lent oportunitat de millora en l'atenció diagnòstica i terapèutica dels pacients en atenció primària. S'obren possibles línies de recerca per desenvolupar eines de cribatge del VPPB amb qüestionaris per a anamnesi i la validació del dispositiu NYSTAREC.

ISABEL BUEZO REINA
MARTA CUNÍ MUNNÉ
MARINA ALVENTOSA ZAIDÍN

Contacte:
ibuezoreina@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8633

Comunicació:
PÒSTER

Astènia, miàlgies i artràlgies en pacient amb covid-19 persistent. Una troballa inesperada

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dona de 55 anys que presenta una síndrome de covid-19 persistent des del gener de 2021.

Història clínica: enfocament individual

Antecedents personals: dislipèmia, esteatosi hepàtica lleu i pruija nodular.

Anamnesi: va presentar una pneumònia per covid-19 el gener de 2021 tractada de forma ambulatoria amb una simptomatologia persistent de fatiga postexercici, amb artràlgies, miàlgies i cefalea que limiten la seva capacitat funcional. L'exploració física i l'anàlisi bàsica inicial no mostraven alteracions. Estava en situació d'incapacitat temporal, va ser donada d'alta i resta sense poder treballar.

Exploració física: eupneica, saturació d'oxigen del 98%, murmurí vesicular conservat, que ha romàs normal evolutivament.

Proves complementàries: escala d'afectació funcional post-covid-19: 3/4 (indica limitació funcional moderada). Escala de severitat de la fatiga Krupp: 62/63 (36 o més indica fatiga severa). Es realitza una anàlisi de control (juny del 2022) que mostra anticossos antinuclears positius a títols alts 1/2.560 UI/ml, anticossos anti centròmer CENP-A i CENP-B positius.

Determinants socials de salut: dona, migrant, treballadora de la neteja.

Judici clínic: sospita diagnòstica d'esclerosi sistèmica limitada.

Tractament i evolució: es va derivar a reumatologia la pacient on s'ha confirmat diagnòstic. S'ha realitzat una espirometria que suggereix afectació de petita via aèria; i una tomografia computada toràcica i ecocardiografia normal.

Conclusions i aplicabilitat

Les malalties autoimmunes són un grup complex que poden resultar de la interacció de factors genètics, epigenètics, immunològics i mediambientals, com els virus. L'esclerosi sistèmica limitada pot tenir una presentació inicial amb simptomatologia similar a la infecció per covid-19, amb fatiga, artràlgies i miàlgies. És important fer acompanyament i seguiment específic des de l'atenció primària a les persones afectades de covid-19 persistent ja que podria alterar la seva immunitat i desenvolupar trastorns autoimmunes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DANIELA BUTANCIU
ANTONI SANTIGOSA AYALA
SARA COSTELA LOZANO

Contacte:
butanciu_daniela@yahoo.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8635

Comunicació:
ORAL

Dissección de la carótida

Hombre de 55 años, con antecedentes de dislipemia leve sin tratamiento farmacológico. Acude por haber notado de forma súbita, mientras estaba trabajando, amaurosis fugaz en el ojo izquierdo de 2-3 minutos de duración. A las pocas horas presenta un nuevo episodio de las mismas características, pero al que le acompaña una sensación de mareo y cefalea. Niega fiebre, aunque refiere sintomatología catarral e importante cuadro de tos hace 2 semanas. Niega traumatismo cervical u otros síntomas de interés. En la exploración física presenta buen estado general, afebril y se encuentra hemodinámicamente estable. Exploración neurológica dentro de la normalidad. Se orienta como posible amaurosis fugaz y se deriva a urgencias del hospital donde se realiza tomografía computarizada (TC) craneal simple con resultado normal y angio-TC que informa una imagen sugestiva de disección de arteria carótida interna izquierda extracraneal que se inicia a nivel C1. Con el diagnóstico de disección de carótida izquierda que ha debutado con dos episodios de amaurosis fugaz, probablemente desencadenada por accesos de tos, se decide ingreso en la unidad de ictus para tratamiento y ampliación de estudio con angio resonancia magnética (RM) cerebral. La disección de carótida es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha. La confirmación diagnóstica definitiva se realiza mediante angio-RM cerebral y el pronóstico viene determinado por la rápida sospecha e instauración precoz del tratamiento.

Conclusiones: esta enfermedad suele evolucionar favorablemente, no obstante, en algunos pacientes puede originar consecuencias devastadoras, como un infarto cerebral con secuelas permanentes. Por tanto, es importante que el médico de familia conozca esta entidad para poder sospecharla desde el inicio e iniciar el proceso diagnóstico terapéutico de manera precoz.

XÈNIA VILARDELL ALONSO
LAIA ONIEVA GIL
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
FRANCISCO JAVIER PALLARÉS PALLARÉS
ANDRÉS CANO GARCÍA
MARIA CARMÉ OLIVER GONZÁLEZ

Contacte:
xvilardellalonso@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8637

Comunicació:
PÒSTER

Adequació del tractament amb inhibidors de l'SGLT2 en les persones amb diabetis mellitus de tipus 2 i insuficiència renal o cardíaca

Objectius: revisar si els pacients amb diabetis mellitus de tipus 2 (DM2) i malaltia renal crònica (MRC) o insuficiència cardíaca (IC) prenen inhibidors del cotransportador de sodi i glucosa de tipus 2 (ISGLT2). Observar quin tipus d'ISGLT2. Comprovar si ha calgut retirar-los per efectes adversos.

Material i mètodes: disseny: estudi quantitatiu descriptiu de dos grups de pacients d'un equip d'atenció primària (EAP) urbà a partir de l'observació del pla de medicació el dia 19/06/2023 dels pacients amb DM2, MRC i IC. **Àmbit de realització:** atenció primària (AP). **Criteris de selecció:** DM2, MRC i IC. **Nombre de subjectes:** 52. **Intervenció:** anàlisi del pla de medicació.

Variables: patologia (DM + IC, DM + MRC, DM + MRC + IC). ISGLT2 (tipus, retirada per efecte advers). Anàlisi estadística de percentatges.

Limitacions: contraindicació per a la prescripció en funció del filtrat renal.

Resultats: edat mitjana 86 anys, 62% homes. DM2 + MRC + IC: 12. Percentatge amb ISGLT2: 33%. DM2 + IC: 11. Percentatge amb ISGLT2: 78%. DM2 + MRC: 29. Percentatge amb ISGLT2: 30%. ISGLT2: 8. Dapagliflozina: 67%. Empagliflozina: 33%. Retirada per efecte advers: 2 (9,5%).

Conclusions: segons el nostre estudi, el 78% dels pacients amb DM2 i IC tenen prescrit un ISGLT2, en els pacients amb DM2 i MRC només un 30% i en els pacients amb DM2, MRC i IC un 33%. Les guies d'atenció primària recomanen l'ús d'ISGLT2, però hi sol haver contraindicació pel filtrat renal, amb recomanació de no iniciar el fàrmac si és inferior a 45 ml/min/1,73 m². Tot i així, recentment s'han publicat documents des de societats com redGDPS, ADA y KDIGO que avalen la prescripció amb filtrats per sobre de 20 ml/min/1,73 m². El nostre estudi palesa que hi ha molt marge de millora. És per aquest motiu que proposarem al servei d'atenció primària analitzar les dades de la resta d'EAP i plantejar un projecte de millora.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

RAQUEL SCHULZ MESTRE
MARTINA AGUSTÍ TURON
MARIA BOIX TORNS

Contacte:
rschulz.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8638

Comunicació:
PÒSTER

Insomni i fàrmacs antiretrovirals

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 74 anys que consulta per insomni de conciliació greu, d'1 any d'evolució.

Història clínica

VH positiu en tractament amb dolutegravir + lamivudina, hipercolesterolèmia tractada amb atorvastatina i hipertensió arterial tractada amb lisinopril.

Explica un quadre d'insomni de conciliació d'aproximadament 1 any d'evolució, amb intent autolític fa 6 mesos secundari a l'insomni persistent, sense diagnòstic previ d'altres problemes de salut mental.

Es repassen mesures d'higiene del son, que realitza correctament, i alternatives terapèutiques que ha utilitzat prèviament: melatonina, benzodiazepines, anàlegs de benzodiazepines i trazodona, amb resposta parcial.

Davant el fracàs terapèutic i amb l'objectiu de reduir l'ús de benzodiazepines, revaluem el cas. Comprovem que entre els efectes adversos del fàrmac antiretroviral es descriu l'insomni, amb una freqüència d'1/10 i la ideació autolítica en 1/100. Així, en coordinació amb el servei de medicina interna, es planteja buscar una alternativa farmacològica que no presenti els efectes adversos descrits.

Amb el canvi de medicació, el pacient experimenta una millora significativa i actualment es troba en tractament amb mirtazapina i lorazepam de rescat, que es troba en procés de retirada.

Conclusions

Aquest cas pretén il·lustrar la importància de l'abordatge integral de l'insomni en l'àmbit de l'atenció primària. També volem remarcar la rellevància de la conciliació farmacològica i el coneixement dels efectes adversos medicamentosos.

Realitzar un adequat diagnòstic diferencial de les causes d'insomni, sense oblidar les possibles causes orgàniques i farmacològiques, permet oferir un tractament individualitzat als nostres pacients. Així mateix, permet reduir la sobreprescripció de benzodiazepines i altres hipnòtics, limitant el seu ús a situacions a curt termini.

RAQUEL SCHULZ MESTRE
MARTINA AGUSTÍ TURON
BENOÏT MAURICE BIDWELL POZA

Contacte:
rschulz.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8639

Comunicació:
ORAL

L'ecografia com a eina complementària en l'exploració física

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 66 anys que consulta per epigastràlgia de setmanes d'evolució.

Història clínica

Fumador, amb diagnòstic d'hipertensió arterial i dislipèmia sense tractament farmacològic. Ha consultat en diverses ocasions al CAP i a urgències per dolor abdominal de predomini epigàstric.

Es va realitzar un estudi analític, on destacava l'elevació de transaminases i *Helicobacter pylori* positiu, pel que porta 6 dies de tractament quan acudeix a la nostra consulta. Refereix persistència de dolor epigàstric, irradiat en cinturó i cap a l'hemitòrax esquerre, que no cedeix amb analgèsia de primer esglaó. En l'exploració destaca una lleu icterícia i una hepatomegàlia d'uns 4 cm. En l'anamnesi dirigida explica també astènia i pèrdua de pes no quantificada.

Donat que disposem d'ecògraf al nostre centre, i davant del quadre clínic del pacient, es decideix realitzar ecografia abdominal. En un tall transversal a nivell d'epigàstri s'objectiva la presència de parènquima hepàtic desestructurat, amb múltiples imatges nodulars sòlides i irregulars.

Davant les troballes clíniques i exploratòries, amb la informació complementària aportada per l'ecografia, es deriva el pacient al circuit de diagnòstic ràpid, davant la sospita d'un possible procés maligne subjacent.

Al cap de 10 dies, el pacient és diagnosticat d'un possible tumor primari pulmonar i múltiples lesions suggestives de metastasi a nivell de parènquima hepàtic.

Conclusions

Disposar d'ecògraf als CAP suposa un valor afegit a la tasca realitzada pels metges de família. Permet obtenir més informació en un mateix acte mèdic mitjançant una eina no invasiva i ràpida. La formació del personal i la disponibilitat dels aparells permet complementar la informació obtinguda mitjançant l'anamnesi i l'exploració física, així com ajudar en el procés de presa de decisions.

FRANCISCO JAVIER PALLARÉS PALLARÉS
LAIA ONIEVA GIL
ALBA LLOSES SALVADO

Contacte:
fpallares.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8641

Comunicació:
ORAL

Com a casa, enlloc

Història clínica i motiu de consulta: dona de 70 anys amb antecedents d'hipotiroïdisme, insuficiència venosa crònica amb un valor a l'escala Clínica, etiologia, anatomia i patofisiologia (CEAP) de 5 i incontinència urinària d'esforç. Tractament en el moment de la visita: lorazepam 1 mg/24 h. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Ens avisa el germà, que demana visita a domicili per a la pacient i refereix que viu sola i porta 30 anys sense sortir de casa. La germana, que era la cuidadora principal, havia mort.

Enfocament individual i familiar, judici clínic, diagnòstic diferencial: fem una visita conjunta metgessa, infermer i treballadora social. Trobem la pacient fràgil, caquètica, descuidada (ungles i cabell sense tallar, aspecte brut) amb un índex de massa corporal (IMC) de 13. Comunicació complicada, amb discurs repetitiu. No reconeix que no surt al carrer des de fa 30 anys ni que pràcticament no menja. Evadeix qualsevol pregunta en relació amb el seu problema. S'observen diverses compulsions, com rentats freqüents de mans, moltes flors de plàstic i tots els objectes de la casa molt ordenats. Es fa una analítica de control on només destaca calciol 10 ng/ml.

Tractament i plans d'actuació: donada aquesta situació i que el germà no pot cuidar-la, se li planteja l'opció de realitzar un ingrés en un centre de rehabilitació, però la pacient no vol, ja que no té cap consciència de malaltia. Durant la setmana es realitzen visites a diari, amb escolta activa i explicant la importància de fer un ingrés. S'aconsegueix després de 4 visites. Ingressa, es valora i s'orienta com a trastorn depressiu, anorèxia nerviosa i desnutrició en aquest context i s'inicia tractament i control.

Evolució: després de 3 mesos d'ingrés, la pacient ha aconseguit relacionar-se amb els companys de la residència, augmentar la ingesta, millorar la puntuació de Barthel de 20 a 60 i una millora de l'estat general. Actualment segueix progressant en la seva recuperació, gràcies a la l'equip de rehabilitació cognitiva, fisioteràpia, psiquiatria i psicologia.

LLUÍS CUIXART COSTA
NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
MARIONA MARQUÈS PÀMIÉS
MIGUEL GARCÍA ÀMBIT
MARÍA SÁNCHEZ I MORATA

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8643

Comunicació:
PÒSTER

Estudi descriptiu de les sol·licituds d'ecocardiografies transtoràciques en un centre d'atenció primària durant l'any 2022

Objectiu: descriure el motiu de sol·licitud de les ecocardiografies transtoràciques (ETT) reglades demanades pels metges i metgesses de família d'un CAP.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal retrospectiu del motiu de les ecocardiografies sol·licitades pels metges i metgesses de família durant l'any 2022 en un CAP urbà que dona cobertura a una població d'uns 45.000 habitants. Del total de 538 ecocardiografies reglades sol·licitades, es va aleatoritzar una mostra de 320 sol·licituds.

Variables: edat, gènere, motiu de sol·licitud, antecedents patològics. La font de les dades de les ETT i dels pacients a qui se sol·licitaren fou la història clínica informatitzada (eCAP). L'anàlisi de les dades es fa mitjançant una regressió de múltiples (variables quantitatives) o regressió logística (variables categòriques) amb STATA-17.

Resultats: n = 320. Edat mitjana: 68,3 (desviació estàndard [DE]: 17,1). Dones: 60,9%.

Antecedents patològics: hipertensió arterial (HTA; 55,3%), arrítmies (19,1%), insuficiència cardíaca (IC; 12,5%), cardiopatia isquèmica (7,8%).

Motiu de la sol·licitud: sospita d'IC *de novo* (19,7%), seguiment d'IC (4,1%), palpitations/arrítmies (20,3%), bufs/valvulopaties (16,3%), HTA/hipertrofia del ventriclle esquerre (VE; 8,4%), cardiopatia isquèmica (12,5%), miocardiopaties (2,5%), alteracions electrocardiogràfiques (ECG; 23,8%), síncope (3,4%).

Diferències per edat (edat mitjana no motiu; edat mitjana motiu; coeficient beta; p; interval de confiança [IC] del 95%): sospita IC *de novo* (66,8; 74,8; coeficient beta: 8; p = 0,001; IC95%: 3,3 a 12,7). Seguiment IC (67,8; 81,3; coeficient beta: 13,5; p = 0,005; IC95%: 4 a 23). Palpitations/arrítmies (68,8; 66,5; coeficient beta: -2,4; p = 0,3; IC95%: -7,1 a 2,3). Bufs/valvulopaties (67,6; 72,1; coeficient beta: 4,8; p = 0,09; IC95%: -0,6 a 9,6). HTA/hipertrofia VE (68,9; 62,5; coeficient beta: -6,3; p = 0,07; IC95%: -13,1 a 0,4). Cardiopatia isquèmica (68,7; 65,6; coeficient beta: -3,2; p = 0,3; IC95%: -8,9 a 2,6). Miocardiopaties (68,9; 62,5; coeficient beta: -6,3; p = 0,07; IC95%: -13,1 a 0,4). Cardiopatia isquèmica (68,8; 51,3; coeficient beta: -17,2; p = 0,004; IC95%: -29,5 a -5,6). Alteracions ECG (68,7; 67,3; coeficient beta: -1,3; p = 0,6; IC95%: 5,8 a 3,1). Síncope (68,4; 67,6; coeficient beta: -0,7; p = 0,9; IC95%: -11,1 a 9,7).

Conclusions: el perfil de pacients a qui se sol·licita una ETT reglada és d'una edat mitjana de quasi 70 anys i de predomini femení. L'antecedent patològic més freqüent és la hipertensió arterial, seguit de les arrítmies i la insuficiència cardíaca. El motiu de sol·licitud més habitual són les alteracions electrocardiogràfiques, seguit de l'estudi d'una possible insuficiència cardíaca *de novo* i l'estudi de palpitations o una arrítmia ja diagnosticada. Els pacients a qui es demana una ecocardiografia transtoràcica reglada per sospita d'insuficiència cardíaca (*de novo* o per a seguiment) presenten una major edat mitjana amb significació estadística.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANTONI SANTIGOSA AYALA
DANIÉLA BUTANCIU
ALBA GONZÁLEZ RUIZ

Contacte:
tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8644

Comunicació:
PÒSTER

Lesions cutànies en una gestant. A propòsit d'un cas de síndrome de Sweet

Pacient de 19 anys amb antecedents d'asma episòdica ocasional tractada amb salbutamol a demanda i obesitat de grau I. Actualment es troba gestant de 7 setmanes. Presenta erupció cutània discretament pruriginosa d'1 setmana d'evolució. Les lesions no són evanescents i tenen tendència a confluir, afebril. Com a antecedent a destacar refereix un episodi víric de via respiratòria superior de fa 5 dies. Cap canvi alimentari, exposició cutània a noves substàncies o inhalació coneguda de partícules potencialment urticariants. Sense canvis terapèutics ni administració de cap nou fàrmac. Sense exposició solar ni a fonts de radiació artificials.

En l'exploració destaca la presència de plaques circulars o policíclics, edematoses, iniciades a la cara i el coll, i que posteriorment s'han generalitzant, afectant de manera més marcada les arrels de braços i cames. Les lesions tenen un centre més clar, de coloració marró violàcia, i una vora marcadament més activa.

Donada la naturalesa de les lesions, l'embaràs i l'antecedent viral previ, se sospita una síndrome de Sweet o dermatosi neutrofil·lica febril i es contacta amb el servei de dermatologia per confirmar el diagnòstic. El mateix dia, la pacient és valorada per dermatologia amb el mateix judici clínic. Es realitza *punch* cutani que confirma la sospita diagnòstica 4 dies després de la primera consulta.

La síndrome de Sweet és una entitat relativament freqüent, habitualment reactiva a un procés intercurrent. En aquesta pacient conflueixen dues potencials causes: l'embaràs i el procés febril intercurrent. El tractament es basa en els corticoides sistèmics a dosi baixa-moderada. En aquest cas van suposar la resolució completa de les lesions a les 6 setmanes de tractament fins a assolir la retirada.

La sospita clínica inicial des d'atenció primària i la ràpida coordinació amb el servei de dermatologia van permetre un diagnòstic ràpid i el tractament dirigit, minimitzant així el temps d'espera.

LLUÍS CUIXART COSTA
NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
MARIONA MARQUÉS PAMIES
MIGUEL GARCÍA ÀMBIT
MARÍA SÁNCHEZ I MORATA

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8645

Comunicació:
PÒSTER

Estudi de les sol·licituds d'ecocardiografies transtoràciques en un centre d'atenció primària. Hi ha diferències de gènere?

Objectiu: descriure si existeixen diferències en relació amb l'edat i el gènere en el motiu de sol·licitud de les ecocardiografies transtoràciques (ETT) reglades demanades pels metges i metgesses de família d'un CAP.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal retrospectiu del motiu de les ecocardiografies sol·licitades pels metges i metgesses de família durant l'any 2022 en un CAP urbà que dona cobertura a una població d'uns 45.000 habitants. Del total de 538 ecocardiografies reglades sol·licitades, es va aleatoritzar una mostra de 320 sol·licituds.

Variables: edat, gènere, motiu de sol·licitud, antecedents patològics. La font de les dades de les ETT i dels pacients a qui se sol·licitaren fou la història clínica informatitzada (eCAP). L'anàlisi de les dades es va fer mitjançant una regressió de múltiples (variables quantitatives) o regressió logística (variables categòriques) amb STATA-17.

Resultats: n = 320. Edat mitjana: 68,3 (desviació estàndard: 17,1). Dones: 60,9%.

Motiu de sol·licitud: sospita d'insuficiència cardíaca (IC) *de novo* (19,7%), seguiment d'IC (4,1%), palpitations/arrítmies (20,3%), bufs/valvulopaties (16,3%), hipertensió arterial (HTA)/hipertrofia del ventricle esquerre (VE; 8,4%), cardiopatia isquèmica (12,5%), miocardiopaties (2,5%), alteracions de l'electrocardiograma (ECG; 23,8%), síncope (3,4%).

Diferències per gènere (percentatge d'homes, percentatge de dones, odds ratio [OR]; p): sospita d'IC *de novo* (13,7%; 23,3%, OR: 1,9; p = 0,03; interval de confiança [IC] del 95%: 1,1 a 3,5). Seguiment IC (4%; 4,1%; 1; p = 0,9; IC95%: 0,3 a 3,2). Palpitations/arrítmies (20,1%; 19,7%; 0,9; p = 0,6; IC95%: 0,5 a 1,7). Bufs/valvulopaties (10,5; 20,2%; 2,2; p = 0,03; IC95% 1,1 a 4,2). HTA/hipertrofia VE (12,1%; 6,2%; 0,48; P = 0,07; IC95%: 0,2 a 1,1). Cardiopatia isquèmica (14,5%; 10,9%; 0,7; p = 0,3; IC95%: 0,4 a 1,4). Miocardiopaties (2,4%; 2,6%; 1,1; p = 0,9; IC95%: 0,3 a 4,6). Alteracions ECG (28,2%; 21,2%; 0,7; p = 0,1; IC95%: 0,4 a 1,2). Síncope (4,8%; 2,6%; 0,5; p = 0,3; IC95%: 0,2 a 1,8).

Conclusions: el perfil de pacients per a qui es demana una ETT reglada és de predomini femení. Hi ha un major percentatge femení de sol·licituds d'ETT en sospites d'insuficiència cardíaca *de novo* i estudi de bufs i valvulopaties ja conegudes (amb significació estadística). Hi ha un major percentatge masculí en estudi d'HTA/hipertrofia de VE (amb quasi-significació estadística).

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANTONI SANTIGOSA AYALA
EDMAR LASTRA CASTILLEJOS
GEMMA FUSTÉ AGULLÓ

Contacte:
tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8646

Comunicació:
ORAL

Pseudopapil·ledema diagnosticat per retinògraf no midriàtic de cribratge

Pacient de 65 anys amb antecedent de neoplàsia maligna de paròtide i adenocarcinoma de còlon, ambdós lliures de malaltia, diabetis *mellitus* de tipus 2 en tractament amb insulina basal i malaltia pulmonar obstructiva crònica amb fenotip B de la GOLD. Es realitza cribratge rutinari de retinopatia diabètica amb càmera no midriàtica i no s'aprecien signes de retinopatia, però crida l'atenció la presència de papil·ledema bilateral. La pacient no manifesta cap simptomatologia ni visual ni neurològica. Davant d'aquestes troballes, es realitza interconsulta a oftalmologia que inicia l'estudi per filiar-ne l'origen.

El papil·ledema és un trastorn potencialment greu del nervi òptic que habitualment indica patologia intracranial. La causa més habitual és l'increment de la pressió intracranial secundària a tumors, abscessos, hipertensió intracranial idiopàtica o hidrocefàlia. No obstant això, altres causes extracranials també poden provocar-lo. Aquestes darreres acostumen a produir papil·ledema unilateral i l'origen més freqüent són les obstruccions de la vena central de la retina o les neuritis òptiques.

En estadis inicials poden ser asimptomàtics, però alguns pacients poden manifestar visió borrosa o diplopia. Per al diagnòstic etiològic cal realitzar una tomografia de coherència òptica (OCT) i tomografia computada (TC) o ressonància magnètica (RM) cranial. El tractament ha d'anar dirigit a corregir la causa que l'ha provocat.

En la nostra pacient, la TC cranial ha descartat l'origen intracranial i s'està pendent de completar l'estudi amb altres proves complementàries; fins al moment s'ha orientat com a possible pseudopapil·ledema o papil·ledema secundari de druses.

El cribratge de la retinopatia diabètica mitjançant la càmera no midriàtica és una eina útil i senzilla, amb la qual els metges i metgesses de família estem familiaritzats. No obstant això, cal estar atents per detectar altres alteracions visibles mitjançant aquesta tècnica i que no necessàriament es relacionen amb el motiu de la prova.

XÈNIA VILARDELL ALONSO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
JOEL DAVID ALARCÓN CRESPO
LAIA ONIEVA GIL
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
LAURA VILLALBA ESPARZA

Contacte:
xvilardellalonso@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8647

Comunicació:
PÒSTER

Qui no posa la tira, posa la pota

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 27 anys que havia acudit dos cops al servei d'urgències de l'hospital de referència, i accedeix al CAP per dolor abdominal.

Història clínica

Pacient sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, consumidor d'alcohol i puntualment de marihuana, amb trastorn obsessivocompulsiu i trastorn depressiu com a antecedents. Actualment en tractament de profilaxi de preexposició (PrEP).

Refereix que des de fa 3 dies presenta dolor al flanc i a la fossa ilíaca esquerra que irradia a la zona lumbar. Nega febre, vòmits, síndrome miccional o alteració del ritme deposicional. L'abdomen és tou, sense masses ni megàlies, dolorós a la palpació del flanc i la fossa ilíaca esquerra, sense signes d'irritació peritoneal. Es realitza tira reactiva d'orina amb presència d'hematies, la resta és anodina.

Diagnòstic diferencial: còlic renal, pielonefritis, diverticulitis aguda, síndrome de l'intestí irritable.

Tractament i plans d'actuació: davant de la sospita d'un còlic nefrític esquerre, s'administra diclofenac intramuscular. La clínica millora, EVA: 9 > 6 > 4 > 1.

Evolució: la millora de la simptomatologia permet la realització d'una ecografia amb visualització d'una imatge lítica dubtosa en el ronyó esquerre, sense hidronefrosi. S'explica la patologia al pacient, es donen pautes de tractament i normes de reconsulta, se sol·licita ecografia reglada i visita de seguiment.

Conclusions i aplicabilitat

Des dels centres d'atenció primària es pot arribar a diagnòstics definitius si se saben utilitzar els recursos disponibles. En aquest cas, el pacient havia passat per urgències dues vegades abans d'arribar a la nostra consulta, però no se li havia realitzat cap prova. Des del nostre punt de vista, la tira reactiva d'orina i l'ecografia, que a més són dues proves innòcues, permeten orientar la patologia dels pacients, així que, després de fer una bona història clínica quan pugui ser d'ajuda, "qui no fiqui la tira, ficarà la pota" i "qui no fiqui la sonda, no estarà a l'onda".

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

XÈNIA VILARDELL ALONSO
JOEL DAVID ALARCÓN CRESPO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
LAIA ONIEVA GIL
LAURA VILLALBA ESPARZA

Contacte:
xvilardellalonso@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8648

Comunicació:
PÒSTER

Dos per un

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 28 anys, dolor i limitació per a la mobilització del colze esquerre.

Història clínica

Dona de 28 anys amb al·lèrgia al metamizole, sense hàbits tòxics, trastorn adaptatiu i obesitat, que pateix una caiguda a la muntanya des de la seva pròpia altura. Acudeix a urgències de l'hospital. Se li fan radiografies amb fractura del radi dret (l'intervenien en uns dies). L'endemà de la caiguda consulta a urgències del CAP per dolor i limitació de l'extensió del colze esquerre i se li realitza radiografia sense evidència de lesions òssies agudes. Persisteix el dolor i la limitació del colze esquerre, així que reconsulta. En l'exploració física hi ha tumefacció, dolor a la palpació del cap del radi i limitació a l'extensió. No hi ha deformitat ni alteració nerviosa o vascular. Es realitza nova radiografia amb traç de fractura al cap del radi.

Diagnòstic diferencial: fractura òssia, afectació muscular o lligamentosa.

Tractament i plans d'actuació: donada la visualització del traç de fractura es deriva la pacient a l'hospital per a valoració traumatològica.

Evolució: l'evolució ha estat tòrpida, requereix rehabilitació i sense haver recuperat la totalitat de la mobilitat, fet que ha impedit que es reincorpori a la feina i que empitjori el seu estat anímic.

Conclusions i aplicabilitat

L'avaluació de les radiografies a vegades pot ser complicada, per això és important estar al cas de l'evolució clínica dels pacients. També destaquem d'aquest cas que són molt importants tant la prevenció (perquè una noia de 28 anys es fractura amb una caiguda des de la seva pròpia altura?) com l'actuació precoç de rehabilitació per poder assolir una funcionalitat sense alteracions que permeti als pacients realitzar les seves activitats laborals i de vida, que permeten preservar i cuidar l'estat anímic.

XÈNIA VILARDELL ALONSO
JOEL DAVID ALARCÓN CRESPO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
LAIA ONIEVA GIL
LAURA VILLALBA ESPARZA

Contacte:
xvilardellalonso@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8649

Comunicació:
PÒSTER

Et curo i t'espatllo a parts iguals

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 77 anys demana cita per dolor abdominal a l'hipocondri dret i pruija (visita el 13 de juny).

Història clínica

Pacient sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, portador de marcapassos (fibril·lació auricular), infart agut de miocardi, hipertensió arterial, dislipèmia i malaltia renal crònica, que consulta per colúria (el 6 de juny), dolor abdominal localitzat a l'hipocondri dret, diarrea i pruija iniciats (el 12 de juny). Se sol·licita analítica (el dia 14) i s'obtenen resultats de bilirubina total de 13 mg/dl, alanina aminotransferasa (ALT) 56 U/l, fosfatasa alcalina 375 U/l, gamma glutamiltransaminasa (GGT) 327 U/l i proteïna C reactiva 5 mg/l i ecografia (el dia 17) que mostra imatges de la vesícula biliar amb paret gruixuda, dubtosa litiasi de 4 mm i probables signes de colecistitis aguda. El pacient refereix otitis externa a finals de maig, que va tractar amb amoxicil·lina-àcid clavulànic 500-125 mg.

Diagnòstic diferencial: colèstasi: 1. Intrahepàtiques (sense dilatació): hepatocel·lular (cirrosi descompensada, hepatitis aguda), defecte excretor (medicaments, hereditària, síndrome de Rotor), lesió als conductes (colangitis biliar primària, colangitis esclerosant, síndrome de l'oli tòxic). 2. Extrahepàtiques (amb dilatació): colecistitis aguda, coledocolitiasi, colangitis.

Tractament i plans d'actuació: es deriva a l'hospital per sospita de colecistitis aguda. Analítiques de seguiment, tomografia computada (TC; contraindicada la ressonància magnètica per marcapassos) i ecoendoscòpia.

Evolució: atesa l'absència d'altres troballes (virus, autoimmunitat, lesions ocupants d'espai ni insuficiència hepàtica) s'orienta com a probable hepatotoxicitat coleestàtica per amoxicil·lina-àcid clavulànic i es dona alta a domicili amb controls ambulatoris i seguir l'heparina (iniciada a hospital).

Conclusions i aplicabilitat

Des d'atenció primària és important tenir presents els antecedents i els tractaments que ha realitzat el pacient, per sospitar l'origen de qualsevol canvi que tingui lloc. És important remarcar que amb els nostres recursos es pot iniciar un estudi sobre les alteracions que mostren els nostres pacients. També remarquem la importància de l'enllaç i el suport que se'ls dona quan reben l'alta, com ara ensenyar-los com administrar-se els medicaments pautats (p. ex., l'heparina).

XÈNIA VILARDELL ALONSO
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
JOEL DAVID ALARCÓN CRESPO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
MARIA CARME OLIVER GONZÁLEZ
ARIADNA BONET CANTERO

Contacte:
xvilardellalonso@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8651

Comunicació:
PÒSTER

RAQUEL SCHULZ MESTRE
MARTINA AGUSTÍ TURON
ANNA MARIA CORRAL TOMAS
MERITXELL PERICÀS HERNÁNDEZ

Contacte:
rschulz.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8652

Comunicació:
PÒSTER

Possibilitat d'embaràs? En absolut!

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor abdominal.

Història clínica

Dona de 27 anys, amb antecedents de realització de cesària (feia 8 mesos), lactància materna activa i en tractament amb anticonceptius orals (ACO), consulta perquè fa 5 dies s'inicià sobtadament un dolor abdominal a la zona suprapúbica, irradiat a ambdues fosses inguinals. Augmenta amb els moviments i s'associa a nàusees i febre. Nega síndrome miccional i la possibilitat d'embaràs, tot i que no sap determinar la data de l'última regla, ja que presenta menstruacions irregulars.

En l'exploració presenta l'abdomen dolorós a la palpació de la zona suprapúbica i amb menor intensitat a ambdues fosses ilíaqües. En l'anàlisi sanguínia s'obté lleu augment de reactants de fase aguda (PCR 17), la tira reactiva d'orina és negativa i la prova d'embaràs és positiva.

Diagnòstic diferencial: gestació ectòpica, apendicitis, diverticulitis, pielonefritis aguda i altres causes d'abdomen agut.

Tractament i plans d'actuació: la pacient va ser derivada a urgències de l'hospital per a valoració per part de ginecologia, que va evidenciar imatge ecogràfica compatible amb gestació ectòpica i líquid lliure al sac de Douglas. El tractament practicat va ser salpingectomia dreta per gestació ectòpica tubàrica dreta i hemoperitoneu moderat.

Evolució: la pacient va realitzar controls a ginecologia i va presentar recuperació completa del quadre clínic. Des d'aquell moment va optar per un mètode de barrera doble: ACO i preservatiu.

Conclusions i aplicabilitat

L'embaràs ectòpic és un quadre molt difícil de diagnosticar i que amb la demora en el diagnòstic pot ocasionar esdeveniments adversos greus. Tot i la lactància o els mètodes anticonceptius, davant d'un dolor abdominal sense causa aparent és important realitzar la prova d'embaràs, ja que és una prova senzilla i innòcua, i permet arribar al diagnòstic de manera precoç.

Apropem i millorem l'ús del document de voluntats anticipades

Objectius: apropar el document de voluntats anticipades (DVA) a la població general. Per fer-ho, preteniem detectar les limitacions percebudes pels usuaris en relació amb el seu poc ús i intentar resoldre-les a través de sessions informatives i, així, augmentar-ne l'ús.

Descripció: el grup de comunitària va detectar una escassa utilització del DVA, principalment degut a la manca d'informació sobre com tramitar-lo. Per corregir aquesta limitació es van organitzar sessions informatives conjuntament amb l'associació Dret a Morir Dignament (DMD) dirigides a tots els usuaris del CAP, que es van promocionar a la consulta i mitjançant cartells.

Primerament, mitjançant un qüestionari voluntari es va explorar el perfil dels assistents a les sessions, així com el seu coneixement previ i les principals inquietuds respecte al DVA. Les dades obtingudes reforçaven la idea de la falta d'informació com a principal limitació a l'hora de redactar un DVA. A través d'una xerrada i un taller pràctic dirigits per voluntàries de l'associació DMD es pretenia resoldre els dubtes respecte al DVA, presentar conceptes teòrics a la primera sessió i amb un enfocament més pràctic, mitjançant un joc de cartes a la segona, en la qual s'exploraven les creences i preferències dels assistents i on finalment es proposava un model de DVA. Posteriorment, es va avaluar la satisfacció i utilitat percebuda pels assistents mitjançant un segon qüestionari.

Conclusions: es va detectar la falta d'informació com una de les principals causes de la infrautilització del DVA. Dur a terme sessions informatives al respecte va resultar ser una experiència enriquidora per als assistents i va permetre apropar el DVA a la població general.

Aplicabilitat: donada l'alta satisfacció dels participants es planteja repetir l'activitat periòdicament per arribar a més usuaris. Es tracta d'un format idoni per reproduir en altres CAP i apropar el DVA a la població i resoldre'n els dubtes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JOEL DAVID ALARCÓN CRESPO
XÈNIA VILARDELL ALONSO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
MARIA CARME OLIVER GONZÁLEZ
ANDRÉS CANO GARCÍA

Contacte:
joelalarconcr@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8653

Comunicació:
PÒSTER

Una monja perillosa

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: tumoració a l'abdomen.

Història clínica

Dona de 75 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2 i dislipèmia, adenocarcinoma gàstric (diagnosticat fa 5 anys, amb diverses línies de tractament radioteràpic i en seguiment per oncologia) en tractament amb intenció pal·liativa, que consulta perquè presenta a la zona central de l'abdomen una lesió indurada, mínimament sobrelevada, de coloració marronosa i dolorosa a la palpació, sense secreció ni hemorràgia. No sap precisar des de quan la té.

Diagnòstic diferencial: node de la germana Joseph, granuloma piogen, quist epidèrmic, hemangioma, abscess, hèrnia umbilical, carcinoma umbilical primari, endometriosis.

Tractament i plans d'actuació: per tractar aquest quadre s'hauria d'abordar el tumor primari.

Evolució: donat que es tracta d'una pacient en un marc pal·liatiu, no es va realitzar tractament específic del tumor primari gàstric.

Conclusions i aplicabilitat

El nòdul de la germana Joseph correspon a una metastasi cutània a la zona umbilical i pot ser l'únic símptoma d'un tumor maligne, normalment ja avançat.

Considerem que és important, des d'atenció primària, conèixer les manifestacions cutànies que puguin relacionar-se amb patologia tumoral. En el nostre cas, la pacient ja havia estat diagnosticada de tumor gàstric, de manera que la relació entre les dues patologies va ser relativament senzilla.

YAO XIAO
ELISABET PORTAS GÓMEZ
MARÍA DE MAR RUS FERNÁNDEZ

Contacte:
muxu123456789@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8654

Comunicació:
PÒSTER

Micosis que no cura

Àmbit del caso: atención primaria, dermatología.

Motivos de consulta: lesiones inguinales.

Historia clínica: enfoque individual

Antecedentes personales: dislipemia y diabetes *mellitus*. Hombre de 52 años que consulta por unas lesiones marronáceas y pruriginosas en ambos pliegues inguinales de 4 semanas de evolución. Fue visitado previamente por urgencias de hospital, donde orientaron como tiña inguinal y recetaron miconazol crema. Actualmente refiere persistencia clínica tras 3 semanas de tratamiento. Niega episodios previos similares. En la exploración física, se observan placas eritematosas y marronáceas, ligeramente descamativas y muy bien delimitadas en ambas ingles, de unos 6 cm de diámetro.

Enfoque familiar y comunitario: vive solo. Trabaja como administrativo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se plantea diagnóstico diferencial con diferentes enfermedades dermatológicas:

Tiña cruris: principal diagnóstico diferencial por la similitud morfológica. No obstante, a diferencia de nuestro caso, suele presentar crecimiento centrífugo con aclaramiento central.

Candidiasis inguinal: aunque también afecta a los grandes pliegues, suele mostrar lesiones satélites vesiculopustulosas no presentes en este caso.

Psoriasis invertida: forma placas eritematosas, brillantes y con bordes bien definidos y, al contrario de nuestro caso, suele presentar cuadro crónico recurrente de años de evolución.

Dada la clínica presentada, la falta de respuesta al tratamiento antifúngico y el antecedente de diabetes, se sospecha de eritrasma, que se confirma con la demostración de fluorescencia rojo coral con la luz de Wood.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia clindamicina tópica dos veces al día, 2 semanas.

Evolución: resolución de las lesiones tras el tratamiento.

Conclusiones

El eritrasma es una infección cutánea superficial causada por la proliferación excesiva de *Corynebacterium minutissimum*. Su aparición es favorecida por hiperhidrosis, diabetes y obesidad. Como médicos de atención primaria, deberíamos tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial de las infecciones cutáneas, especialmente ante una posible micosis que no mejora con antifúngicos.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DANIEL ROCA LAHIGUERA
MARIA FERRER COSTA
BEATRIU BILBENY DE FORTUNY
PAU SILVA RUIZ
THAÏS CLUSA GIRONELLA
JOSEP FRANCH-NADAL

Contacte:
droca.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8655

Comunicació:
ORAL

Atenció sanitària a la població sense llar d'una zona socialment vulnerable d'una gran ciutat

Objectiu: conèixer l'ús dels serveis sanitaris de la població sense llar de la zona d'influència d'un CAP urbà.

Material i mètodes: es tracta d'un estudi descriptiu transversal amb anàlisi retrospectiu de les dades. Els criteris d'inclusió són: individus majors d'edat amb targeta sanitària que han pernoctat al carrer en algun moment, tots els usuaris de la zona d'influència d'un CAP urbà. Les dades de 146 individus s'han registrat a partir de la realització d'una enquesta presencial i de la Història Clínica Compartida a Catalunya (HC3). L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant estadística descriptiva i inferencial per estudiar la relació entre variables. L'estudi ha rebut l'avaluació favorable del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la fundació IDIAP J Gol (P18/173).

Resultats: mitjana d'edat de 51,6 anys (desviació estàndard [DE] = 12,8), 87% de sexe masculí i una mitjana temps en situació de sensellarisme de 12 anys (DE = 11,9). Hem analitzat el número de visites als diferents serveis sanitaris de la xarxa pública durant els 365 dies previs a la realització de l'enquesta consultant la informació a l'HC3. Un 67,8% dels pacients (99) s'han visitat 1.197 vegades (mitjana de 12,1 visites) als serveis atenció primària (AP) comptant infermeria i medicina de família o altres especialistes d'atenció primària (AP). Un 9,6% dels pacients (14) realitzen el 50,7% de les visites d'AP. Un 71,9% dels pacients (105) han realitzat 517 visites (mitjana de 3,5 visites) a algun servei d'urgències (centres d'urgències d'atenció primària, urgències d'hospital). Han ingressat a l'hospital un 24,7% dels pacients (36) amb una mitjana de 22,5 dies d'ingrés. Un 4,8% dels pacients (7) concentren el 72% dels trasllats amb ambulància (75).

Conclusions: un nombre reduït de pacients concentra un elevat nombre de les atencions sanitàries. Una adequada planificació dels serveis sanitaris serviria per racionalitzar l'atenció i la despesa derivades de l'atenció a aquest col·lectiu vulnerable.

MARTA CUNÍ MUNNÉ
ISABEL BUEZO REINA
MARINA ALVENTOSA ZAIDÍN

Contacte:
mcunimunne@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8656

Comunicació:
PÒSTER

Una lumbàlgia que es complica

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lumbociatòalgia dreta amb parestèsies esquerres i posterior cervicàlgia.

Història clínica

Anamnesi: dona de 42 anys sense antecedents, que inicia quadre de lumbociatòalgia dreta fa 2,5 mesos, tractada amb antiinflamatoris i relaxants musculars sense millora. S'hi afegeix cervicàlgia amb parestèsies d'inici al braç esquerre, que esdevenen bilaterals. En el següent control al CAP presenta alteració de la marxa i pèrdua de força en els braços. Sense cefalea ni mareig, sense febre.

Exploració física: constants correctes, auscultació cardiorespiratòria correcta, afebril. Alteració de la marxa. Deformatat al braç esquerre amb hiperextensió de les articulacions metacarpofalàngiques i flexió de la interfalàngica proximal, sobretot els dits 4t i 5è (mà en garra). Hipoestèsia al braç esquerre i a la cama dreta, pèrdua de força lleu en ambdues extremitats superiors. Reflexes en extremitats inferiors exaltats. Davant la focalitat neurològica es deriva amb ambulància a urgències.

A urgències: signe de Hoffmann positiu bilateral (predomini esquerre). Mà en garra bilateral. Peu caigut esquerre, sense atrofia muscular. Hiperreflexia generalitzada, hipoestèsia en nivells inferiors a C5-C6.

Proves complementàries: ressonància magnètica de columna cervical amb compressió medul·lar al nivell C5-C6, amb signes de mielopatia. Se suggereix una hèrnia cervical extruïda i dissecada.

Judici clínic: davant l'aparició de focalitat neurològica i la possibilitat de seqüeles, cal fer un diagnòstic urgent i tractar la causa.

Diagnòstic diferencial: polineuropatia, esclerosi múltiple, síndrome de motoneurona superior, tumor del sistema nerviós central.

Tractament: de forma urgent es realitza discectomia C5-C6 amb artròdesi anterior C5-C6. Rehabilitació posterior.

Evolució: recuperació progressiva de la marxa i la postura, desaparició del dolor i les parestèsies.

Conclusions

Cal reavaluar i explorar el pacient a cada visita, sobretot si apareix nova simptomatologia o focalitat neurològica, ja que una patologia freqüent, com la cervicàlgia o la lumbàlgia, es poden complicar i necessitar atenció urgent.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DANIEL ROCA LAHIGUERA
MARIA FERRER COSTA
BEATRIU BILBENY DE FORTUNY
PAU SILVA RUIZ
BELÉN BENITO BADORREY
JOSEP FRANCH-NADAL

Contacte:
droca.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8657

Comunicació:
PÒSTER

Malalties de la pell a la població sense llar d'una zona socialment vulnerable d'una gran ciutat

Objectiu: conèixer l'impacte de les malalties de la pell a la població sense llar de la zona d'influència d'un CAP urbà.

Material i mètodes: es tracta d'un estudi descriptiu transversal amb anàlisi retrospectiva de les dades. Els criteris d'inclusió són: individus majors d'edat amb targeta sanitària que han pernocat al carrer durant algun període del darrer any, tots ells usuaris de la zona d'influència d'un CAP urbà. Les dades de 101 individus sense llar *rough sleepers* s'han registrat a partir de la realització d'una enquesta presencial i de la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3). L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant estadística descriptiva i inferencial per estudiar la relació entre variables. L'estudi ha rebut l'avaluació favorable del Comitè Ètic de Recerca Clínica de la fundació IDIAP J Gol (P18/173).

Resultats: mitjana d'edat de 51,6 anys (desviació estàndard [DE] = 12,8), 87% de sexe masculí i una mitjana de temps sense llar de 12 anys (DE = 11,9). Un 50,5% dels pacients presenten algun tipus de malaltia de la pell: un 11%, cel·lulitis o abscessos (zones de venipunció d'usuaris i usuàries de drogues per via parenteral, ferides tòrpides infectades...); un 30%, ferides als peus (clivelles, epidermòlisi *punctata*, perniosi...); 25%, infeccions fúngiques (*tinea pedis* 22%, onicomicosi 3%); 4%, naftes a les extremitats inferiors (posttraumàtiques, venoses); 4%, escabiosi, i un 10%, dermatitis de diverses etiologies (dermatitis atòpica, dermatitis de contacte, psoriasi, urticària, picades d'insecte).

Conclusions: viure i dormir al carrer suposa un factor de risc per a malalties de la pell, especialment d'etiologia infecciosa (bacteris i fongs) i de localització als peus. Cal establir estratègies per a la cura adequada de les malalties de la pell dels pacients sense llar, especialment per a la cura dels peus.

ALBA CRISTINA ROMERO GIL
MARINA GARCÍA CABALLERO
MARTA VALLS ESTEVE

Contacte:
albcristis91@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8667

Comunicació:
PÒSTER

Calcinosis cutis en la insuficiència venosa crònica

Mujer de 84 años con hipertensión arterial, diabetes *mellitus* de tipo 2, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, miocardiopatía dilatada idiopática, fibrilación auricular anticoagulada e insuficiencia venosa crónica, tratada con amiodarona, apixabán, empagliflozina, eplerenona, furosemida y ramipril, que acudió a consulta por lesión flictenoampollosa pretibial derecha de 4 días de evolución sin fiebre. Refirió que en dicha zona tuvo un traumatismo no precisado hace 40 años y desde entonces se palpaba una induración. Se realizaron curas por enfermería con evolución tórpida, por lo que se solicitó valoración a su médica de familia, que objetivó una lesión pretibial derecha con úlcera superficial de 2,5 cm x 2 cm con exposición de tejido óseo, dolorosa a la palpación y pulsos distales presentes. El resto del examen físico fue anodino. Se pautó tratamiento antibiótico oral y se solicitó analítica con función renal y metabólica (normales) y radiografía que concluyó: lesión nodular circular hiperdensa localizada a nivel pretibial derecho compatible con calcificación.

Como diagnósticos diferenciales se plantearon el pioderma gangrenoso, la calcinosis cutis, el encondroma y el hematoma calcificado.

Ante los hallazgos descritos se derivó a cirugía plástica que realizó exéresis de la zona calcificada, cruentación de la úlcera y cobertura con injerto cutáneo obtenido del muslo derecho, sin incidencias. La biopsia reportó fibrosis y calcificación distrófica sin evidencia de neoplasia. Ante la estabilidad clínica y la evolución favorable de la paciente se decidió el alta médica a su domicilio con curas por cirugía plástica y control por su equipo de atención primaria. En pacientes con insuficiencia venosa crónica y úlceras refractarias, la valoración de la presencia de una calcificación distrófica podría optimizar su cicatrización y pronóstico.

MARIA PUIG PRATS

Contacte:

mariapuigprats@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8668

Comunicació:

PÒSTER

Cervicàlgia amb mal pronòstic

Pacient de 60 anys que arriba a consultes d'atenció primària per cervicàlgia atraumàtica lleu de mesos d'evolució. Explica aparició de dolor més intens a les nits, sense ús d'analgèsics, i que últimament li impedeix més el son. En l'exploració física inicial destaca dolor en la palpació de les apòfisis espinoses i contractura muscular cervical, sense irradiació i NVD preservat. S'inicia pauta analgèsica. Posteriorment reconsulta en diverses ocasions perquè el dolor cervical cada cop és més intens. Pren correctament la medicació tot i que, quan millora, deixa de prendre-la. Nega cefalea i altra simptomatologia. Es canvia el tractament i inicialment millora. Al cap d'una temporada reconsulta pel mateix motiu, fet que li provoca molt estrès diari pel mal descans nocturn i pateix ansietat. A més, s'hi afegeix dolor a nivell proximal de les extremitats superiors i debilitat a la cintura escapular. S'escalen mòrfics i es programa seguiment telefònic. Continua insistint i refereix limitació per a la vida diària i es mostra molt plorós. Durant un temps manté aquesta actitud i el component d'ansietat sobreafegit. Es planteja un diagnòstic de fibromiàlgia. També té parestèsies i dolor irradiat a les extremitats superiors i s'inicia gabapentina. Donat l'empitjorament, és visitat al domicili. Allí s'objectiva debilitat generalitzada que atribueix al repòs i enllitament excessiu d'aquest últim mes, també justifica així la pèrdua de pes involuntària, l'astènia i l'anorèxia, amb dolor exacerbada que respon parcialment a mòrfics. Nega febre, però refereix presència de sudoració únicament a l'hemicara esquerra. Exploració física amb disminució de la força contrarresistència més a les extremitats superiors que a les inferiors, i hipoestèsia. L'exploració neurològica completa objectiva anisocòria (pupil·la miòtica dreta), ptosi ipsilateral i sense alteracions a la resta de les proves complementàries, campimetria normal, sense dismetries, sense atàxia, però amb dificultat per mantenir el to muscular. Se sol·licita radiografia cervical que no mostra signes d'aixafament vertebral. S'amplia la radiografia de tòrax i presenta massa a l'apex pulmonar. Donada la coincidència amb la síndrome de Horner (ptosi + miosi + anhidrosi) i la síndrome constitucional es deriva urgentment. Ingressa per intensa cervicàlgia secundària a massa pulmonar.

RAQUEL MARQUES PINHO
SUSANNA MONTESINOS SANZ
CARLOS DIEZ LÁZARO

Contacte:

raquel.pinho@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8669

Comunicació:

PÒSTER

Paràlisi de la musculatura abdominal com a complicació d'infecció per herpes zòster

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: sensació de massa a l'hemiabdomen dret.

Història clínica

Enfocament individual: home de 51 anys, sense hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes, diabetis *mellitus* de tipus 2 i obès mòrbid. Acudeix al centre d'atenció primària per sensació de massa a l'hemiabdomen dret. Tres setmanes abans inicia dolor urent a nivell paralumbar i abdominal amb aparició de lesions cutànies vesiculososes confluents a la paret abdominal dreta. Es diagnostica com a infecció per herpes zòster i es tracta amb aciclovir oral. Al cap de dues setmanes, les lesions herpètiques presenten signes de sobreinfecció amb inflamació de la paret abdominal i es pauta antibiòtic via oral durant 7 dies, amb millora de l'aspecte de les lesions, però amb aparició a l'exploració física de bombament de l'hemiabdomen dret. Inicialment se sospita panniculitis, però l'estudi ecogràfic de parts toves és normal.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: paràlisi de la musculatura abdominal secundària a infecció per herpes zòster. Diagnòstic diferencial: panniculitis, massa abdominal, visceromegàlia, hèrnia abdominal, entracció.

Tractament i plans d'actuació: no cal tractament, seguiment evolutiu. S'ofereix la possibilitat de realitzar electromiograma, que el pacient rebutja per la llarga llista d'espera.

Evolució: evoluciona favorablement en poques setmanes, amb resolució total dels símptomes.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

La paràlisi de la musculatura abdominal és una complicació infreqüent de l'herpes zòster, que sol tenir un bon pronòstic. El metge o metgessa de família ha d'estar familiaritzat per evitar procediments diagnòstics invasius i teràpies innecessàries.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MONTserrat GARCIA FONT
GLORIA LUCERO BONILLA
PAULA LLUIS GRIÑO
GEORGE GONZÁLEZ BETANCOURT

Contacte:
mgarciaf.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8670

Comunicació:
ORAL

Bomba d'infusió contínua i situació d'últims dies a domicili en un àmbit rural

Objectius de l'experiència: oferir des dels equips d'atenció primària (AP) d'àmbit rural un tractament farmacològic a les persones que decideixin morir a domicili amb el mínim impacte per a la família, amb bombes d'infusió contínua per via subcutània (SC).

Descripció de l'experiència: durant els primers mesos de la pandèmia de la covid-19, des de l'AP es van sedar moltes persones a domicili i a les residències geriàtriques, amb situacions clíniques irreversibles per la infecció per SARS-CoV-2 i per la saturació del nivell hospitalari. La sedació pal·liativa a l'AP sempre s'ha realitzat via SC amb xeringa en bol. Pel poc personal sanitari disponible es van introduir bombes d'infusió contínua via SC per facilitar el maneig farmacològic i assegurar un bon control de símptomes. Els equips del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) del nostre territori ens van facilitar protocols d'abordatge farmacològic de la pauta contínua amb bomba d'infusió via SC. Aquest aprenentatge del maneig de les bombes i el seu accés a AP ens ha permès atendre més situacions d'últims dies a domicili en entorns rurals al no implicar els familiars en la manipulació de la via SC i de xeringues. Des de l'octubre del 2021 fins a dia d'avui hem atès al nostre equip 10 persones en situació d'últims dies amb bomba d'infusió contínua via SC.

Conclusions: l'ús de bombes d'infusió contínua via SC per a sedació pal·liativa permet més atencions de situació d'últims dies a domicili, amb millor acceptació per part de familiars. S'eviten ingressos a les unitats hospitalàries de pal·liatius, millora el confort i la intimitat de la persona que rep el tractament i evita trasllats dels familiars als centres hospitalaris que sovint es troben lluny del domicili.

Aplicabilitat: cal tenir en compte la coordinació entre equips de PADES i AP per ensenyar el maneig de les bombes d'infusió contínua via SC i l'accessibilitat a les bombes i fàrmacs de sedació per part de l'AP.

JANA ORTIZ CIRUELA
BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ
MERCÉ FOLGUERA BLASCO

Contacte:
janaortizciruela@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8671

Comunicació:
PÒSTER

Una causa infreqüent d'exsudat pleural

Motiu de consulta: dolor costal de 2 mesos d'evolució. Sense signes de sobreinfecció respiratòria.

Àmbit: urgències del CAP + urgències hospitalàries.

Pacient amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia i malaltia pulmonar obstructiva crònica que consulta per dolor costal progressiu els darrers 2 mesos, acompanyat de dispnea que ha arribat a fer-se de moderats esforços. No refereix augment de tos ni expectoració. Sense febre. Nega quadre tòxic. En l'exploració física es constata hipofonesi basal esquerra. Se sol·licita radiografia de tòrax que mostra embassament pleural. Davant la troballa d'embassament pleural es deriva el pacient a urgències hospitalàries per a estudi d'embassament pleural. Es realitza toracocentesi, que mostra exsudat eosinofílic. L'anàlisi no va mostrar signes d'infecció i l'antigen de pneumococ va resultar negatiu. El diagnòstic diferencial d'un exsudat pleural no infecciós inclouria neoplàsia, tromboembolisme pulmonar (TEP), autoimmunitat. Evolució: es va sol·licitar estudi d'autoimmunitat i tomografia computada (TC) de tòrax per descartar TEP. La TC no va mostrar signes de TEP, però sí tres fractures costals antigues. Al reinterrogar el pacient va referir que feia 3 mesos havia caigut, amb contusió toràcica associada. La citologia del líquid pleural va ser negativa.

Conclusions: la causa traumàtica és una causa poc freqüent d'exsudat pleural. En el cas que presentem no va ser inclosa inicialment en el diagnòstic diferencial. Es tracta d'una patologia que cal considerar davant d'un embassament pleural de tipus exsudat sense signes d'infecció.

ALBA CRISTINA ROMERO GIL
GUSTAVO ANDRÉS SALOM OSTA

Contacte:
albicris91@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8672

Comunicació:
PÒSTER

Infiltración de la neuralgia occipital en atención primaria

Mujer de 59 años, fumadora, con obesidad, hipertensión arterial, glucemia alterada en ayunas, hipercolesterolemia, coxartrosis y antecedente de lobectomía inferior derecha por neoplasia pulmonar. Refiere cefalea hemicraneal derecha de larga evolución que no mejora con la toma de antiinflamatorios. Niega traumatismo previo o vegetativismo asociado. En alguna ocasión ha acudido a urgencias por este motivo. Como medicación habitual tiene pautados omeprazol, bisoprolol, enalapril/hidroclorotiazida, simvastatina y paracetamol.

En la exploración física se objetivó dolor punzante que empeoraba con la digitopresión de la región occipital derecha. El balance articular de la columna cervical estaba preservado y la exploración neurológica fue normal. Se plantearon como diagnósticos diferenciales la cefalea tensional, contractura muscular y artralgia cervical. Teniendo en cuenta que había tomado recientemente analgésicos y antiinflamatorios por coxalgia, se le propuso realizar infiltración anestésica local como tratamiento. Tras explicar el procedimiento y obtener su consentimiento informado se infiltraron previa asepsia 1 ml de mepivacaína al 2% y 0,5 ml de triamcinolona 40 mg sin incidencias. Al mes siguiente se citó al control clínico en el que refirió desaparición progresiva del dolor y se encontraba asintomática en el momento de la consulta.

La neuralgia occipital es una entidad que afecta al nervio occipital mayor o nervio de Arnold, con mayor frecuencia a su paso por el músculo trapecio. Para su tratamiento se recomiendan analgésicos, antiinflamatorios y neuromoduladores, generalmente por tiempo prolongado y con el riesgo de efectos adversos que esto implica, por lo que es aconsejable tratarla con infiltración anestésica local, técnica sencilla, segura y eficaz que puede ser realizada en el centro de salud por el médico de familia.

ANA AGUILAR MARGALEJO
MARIONA TEIXIDOR CAMPS
MARTA BESA CASTELLÀ

Contacte:
annamar451@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8673

Comunicació:
ORAL

Ampliant el diagnòstic de la cefalea

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: cefalea.

Història clínica

Dona de 53 anys, natural de Bolívia. **Antecedents:** hipertensió arterial, hipotiroidisme subclínic, miopia. **Anamnesi:** cefalea de 4 dies d'evolució, holocranial, opressiva, empitjorament progressiu. Sense sonofòbia, fotofòbia, ni vòmits. No empitjora amb maniobres de Valsalva. No la desperta. Augmenta quan no utilitza les ulleres. **Exploració:** constants i auscultació cardiopulmonar normals. **Examen neurològic:** sense focalitat. **Diagnòstic:** cefalea tensional. **Tractament:** naproxèn i utilitzar les ulleres. **Evolució:** 10 dies després reconsulta a urgències per persistència de la clínica, se li afegeix metamazole i diazepam. La pacient torna al CAP 2 setmanes després per cefalea amb nul·la resposta a l'analgèsia. Exploració física normal. Donada l'evolució, se sol·liciten exploracions complementàries. **Analítica:** velocitat de sedimentació globular 16 mm/h, proteïna C reactiva 11,7 mg/l. Hemograma i bioquímica normals. **Tomografia computada:** múltiples imatges puntiformes supratentorials hipertenses en els hemisferis cerebrals, localització extraaxial, que suggereixen lesions residuals d'infecció antiga (possible neurocisticercosi). **Paràsits en femta:** negatius; anticossos immunoglobulina (Ig) G per a *Taenia solium*: 1,15 (positiu >1,1). La pacient es deriva al servei de malalties infeccioses. S'ha sol·licitat una ressonància magnètica per valorar grau d'afectació i tractament. **Diagnòstic diferencial de les cefalees:** cefalea tensional, migranya, posttraumàtica, infecciosa, toxicomedicamentosa, clúster, ictus, malformacions, arteritis d'Horton, hipertensió, tumoracions, neuràlgies.

Conclusions

La cisticercosi és una infecció intestinal produïda per la ingesta de carn de porc contaminada per *T. solium*. És endèmica d'Amèrica Central i del Sud, d'Àsia central i d'Àfrica. Sol ser asimptomàtica o amb escassa clínica digestiva. Una possible complicació és la infestació del sistema nerviós central (neurocisticercosi) amb clínica d'epilèpsia o cefalea.

Malgrat que al nostre país el seu diagnòstic era excepcional, en els últims anys s'ha observat un increment a causa de la immigració des de països endèmics. Atès el previsible augment de la seva incidència, els professionals d'atenció primària hauríem de tenir present aquesta malaltia en el diagnòstic diferencial de les cefalees en les persones provinents d'àrees endèmiques i en els seus convivents.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA JUNYENT BASTARDAS
CRISTIAN AYALA CARREÑO
ODDA CARDONA GUBERT

Contacte:
albijunyent@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8674

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, ja no em vull posar més gotes. La importància de la continuïtat assistencial

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 77 anys amb antecedent de glaucoma primari d'angle obert, en tractament actual amb latanoprost i brinzolamida/timolol. Acudeix a la consulta d'atenció primària perquè des que s'aplica el col·liri de brinzolamida/timolol presenta envermelliment ocular, edema i prujia intensa.

Història clínica

Explica que això ja li ha passat en altres ocasions. De fet, ha tingut múltiples reconultes a oftalmologia i han hagut de canviar-li el col·liri diverses vegades. Està desesperada, fins al punt que prefereix tenir la pressió intraocular mal controlada a seguir patint aquests símptomes.

Exploració física: eritema i edema periocular bilateral, amb llagimeig, lleu descamació de la pell i tibantor.

Revisem conjuntament els tractaments utilitzats anteriorment i els símptomes apareguts, i detectem que tots tractaments mal tolerats contenen el principi actiu timolol.

Amb la sospita diagnòstica de dermatitis al·lèrgica de contacte per timolol tòpic, es retira aquest principi actiu mantenint brinzolamida i latanoprost, i es recomana aplicar fred local i corticoides tòpics. Als pocs dies, els símptomes remeten del tot i s'aconsegueix controlar la pressió intraocular.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

La dermatitis al·lèrgica de contacte és un efecte advers que s'ha descrit amb la utilització tòpica de nombrosos fàrmacs per al glaucoma, entre ells els betablocadors. Aquesta pacient havia consultat més de cinc vegades per aquest motiu, essent atesa per diferents facultatius, cosa que va dificultar la detecció del problema i la seva solució. És important que es promogui la longitudinalitat i continuïtat assistencial per a una millor atenció a les persones.

ODDA CARDONA GUBERT
ALBA JUNYENT BASTARDAS
RAÛL TEBA VILLAR

Contacte:
oddacardonagubert@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8676

Comunicació:
PÒSTER

L'àvia perd la memòria

Àmbit: atenció primària, atenció hospitalària.

Motiu de consulta: alteracions conductuals i de l'equilibri amb incontinència urinària ocasional, d'uns 6 mesos d'evolució.

Història clínica

Dona de 76 anys amb antecedents personals de diabetis *mellitus* de tipus 2, hipertensió arterial, artropatia degenerativa i vertígens perifèrics. No pren tòxics.

Pèrdua de memòria recent, inestabilitat de la marxa amb caigudes i incontinència urinària. L'anàlisi de sang mostra paràmetres correctes i l'exploració física és anodina. Per a estudi de deteriorament cognitiu i la tríada típica de sospita d'hidrocefàlia normotensiva de l'adult, es deriva de forma preferent al servei de neurologia.

Ressonància magnètica cranial: dilatació moderada del sistema ventricular.

Registre de pressió intracranial: presència d'ones beta en alguns trams.

Es proposa col·locar una vàlvula de derivació ventriculoperitoneal (DVP). Es porta a terme sense complicacions.

Tomografia computada cranial postquirúrgica: sistema ventricular supratentorial simètric, centrat a la línia mitjana, moderadament dilatada amb cissures silvianes i solcs de la convexitat cerebral eixamplats amb menys component mixt d'atròfia i d'hidrocefàlia. Vàlvula de DVP amb l'extrem al tercer ventricle i accés frontal sense complicacions. La tríada típica va fer pensar en la hidrocefàlia normotensiva crònica de l'adult. Prèviament s'havien descartat causes orgàniques del deteriorament cognitiu i del sistema urinari.

Ingressa a planta per a control postoperatori. Es manté estable en tot moment i sense focalitats neurològiques. Actualment ha millorat, sobretot la marxa i la seva irritabilitat, així com el control dels seus esfínters, amb algun accident puntual.

Conclusions

L'atenció primària és clau per detectar els canvis físics i psíquics dels pacients que coneixem. També és important l'apropament al nucli familiar de l'afectat que, en moltes ocasions, ens aporta gran informació. L'exploració física adequada i les proves complementàries ens ajuden a tenir un criteri diagnòstic prou ferm per prosseguir l'estudi a nivell hospitalari i així ajudar el pacient el més ràpid possible a millorar amb la simptomatologia invalidant.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ARNAU GRASET TARRAGÓ
FERNANDO ANDRÉS FERNÁNDEZ GARCÍA
JORDI FERRÉ GRAS

Contacte:
agraset.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8678

Comunicació:
PÒSTER

Pàpules asimptomàtiques; un cas de leishmaniosi cutània

Dona de 58 anys.

Antecedents personals: cap al·lèrgia coneguda.

Antecedents mèdics: trastorn mixt ansiosodepressiu en tractament amb paroxetina i benzodiazepines de llarga durada i taquicàrdia paroxística controlada amb betablocadors. Consulta perquè presenta des de fa 6 mesos lesions papuloses sobreelevades al dors de la mà esquerra, el canell, l'avantbraç i el malar dret. No són pruriginoses ni van acompanyades de cap altra simptomatologia. Nega viatges tropicals ni nous productes tòpics cosmètics. Conviu amb gossos, ben controlats pel veterinari.

En l'exploració física presenta lesions papuloses eritematoses aïllades lleugerament infiltrades al tacte, en el dors de la mà esquerra i l'avantbraç, totalment asimptomàtiques. No es palpen adenopaties ni hepatoesplenomegàlia. Les mucoses nasal i oral es troben intactes. En la dermatoscòpia s'observa vascularització inespecífica amb fines telangièctasis i vasos irregulars. Es decideix fer una interconsulta amb dermatologia, que sol·licita una anàlisi de sang sense troballes destacables i planteja el diagnòstic diferencial amb leishmaniosi cutània, papulosi limfomatoide, sarcoïdosi papulosa, procés limfoproliferatiu i reacció persistent a picada d'insecte o artròpode. Es decideix realitzar una biòpsia cutània per *punch*. L'anatomia patològica descriu una dermatitis granulomatosa no necrosant. L'estudi de biologia molecular per a tuberculosi, lepra i *Leishmania* és positiu per a aquesta última.

Judici clínic: leishmaniosi cutània.

Tractament: davant d'una probable leishmaniosi cutània simple, es manté de moment sense tractament i amb seguiment per dermatologia i medicina interna per a estudi d'extensió.

Conclusions: la leishmaniosi abasta un conjunt de malalties infeccioses, causades totes elles per paràsits del gènere *Leishmania*. Els gossos són el principal reservori i es transmeten pels flebotoms *Phlebotomus perniciosus* i *Phlebotomus ariasi*, que mostren una gran diversitat de presentacions clíniques, des de formes cutànies autocuratives fins a les formes visceralis més greus. Hi ha moltes opcions terapèutiques, malgrat que l'evidència en el tractament de la forma cutània és dèbil. Una anamnesi correcta permet pensar en aquesta entitat, sobretot en pacients amb lesions dermatològiques asimptomàtiques i de llarg temps d'evolució.

MARTA SERRAROLS SOLDEVILA
ÀNGELS MOLEIRO OLIVA
LIDIA AULET MOLIST
MARTA DACHS

Contacte:
mserrarols@eapvic.org

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8680

Comunicació:
PÒSTER

Creació d'un consell de pacients a l'àrea bàsica de salut

Objectius: crear el Consell de Pacients de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) amb la finalitat de fomentar la presa de decisions compartida entre pacients i serveis de salut, i promoure l'atenció centrada en la persona, la família i la comunitat, i incorporar l'experiència en l'atenció, per fomentar la promoció de l'educació en temes de salut amb la seva implicació activa, generar confiança i corresponsabilitat, reforçar la qualitat democràtica i transparència i promoure un centre més obert, sense deixar de tenir en compte aspectes com l'eficiència i eficàcia en la prestació.

Descripció: el consell el formen 13 persones: 10 adscrites a l'ABS, 50% homes/50% dones; 3 persones novingudes i 7 persones autòctones (representant així els percentatges del centre), amb edats d'acord amb la piràmide poblacional pròpia i dels diferents municipis que atensem segons la població; i 3 de l'equip d'atenció primària (EAP; responsabilitat social, qualitat i salut comunitària).

El consell té un manual de funcionament i es reuneix un mínim de tres cops l'any. Proposa accions de millora de l'atenció amb visió positiva i factible, accions de promoció de la salut, codissenya propostes factibles de millora del servei, estimula la presa de decisions compartida, participa en l'elaboració del nostre pla estratègic, proposa accions en l'àmbit de la responsabilitat social, promou accions de voluntariat de pacients, dona veu a entitats i associacions d'afectats i familiars i ajuda a identificar els actius de salut.

Conclusions: les persones no han ser només "receptores" del servei, si no també partícips d'un model d'atenció que les posa al centre i les té en compte en aspectes rellevants que poden millorar la seva qualitat de vida i salut. El consell és una forma de participar i sentir-se seu aquest objectiu que també és el dels i les professionals que treballem en salut.

Aplicabilitat: qualsevol ABS pot crear el seu consell de pacients.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBA MARTÍNEZ SATORRES
DHYAANEN PILLAY
PABLO PIRES NÚÑEZ

Contacte:
albasatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8681

Comunicació:
PÒSTER

Tres en una, una sífilis complicada

Dona trans consulta per erupció macular eritematosa no pruriginosa i dues úlceres a l'escrot i el plec intergluti de setmanes d'evolució. Les lesions es van iniciar mentre la pacient estava a Itàlia i allà no va aconseguir assistència mèdica.

Antecedents: sífilis tractada el 2021.

Exploració: exantema maculopapulós eritematós a les extremitats superiors i el tronc, sense afectació palmoplantar i no és pruriginós. Dues lesions ulcerades de marges sobrelevats: a l'escrot de 15 mm i perianal d'11 mm de diàmetre. Test ràpid del virus de la immunodeficiència humana (VIH) negatiu. No es fa el test ràpid de lues per l'antecedent de sífilis tractada. Recollim mostres per a PCR multitest d'úlceres, orina del primer raig, recte i faringe. Programem analítica amb serologies. S'orienta com a sífilis precoç (dues úlceres compatibles amb xancres coexistents amb rash compatible amb sífilis secundària).

Es tracta amb 2,4 milions UI de penicil·lina G benzatina. S'adverteix de possible reacció de Jarish-Herxheimer i se cita a control al cap de 7 dies.

Visita de control: els xancres estan millorant, el rash ha desaparegut.

PCR de xancres: *Treponema pallidum* positiu.

Serologies: reagina plasmàtica ràpida (RPR) 1/128.

PCR d'orina: gonococ positiu.

Resta de proves negatives. Es confirma coexistència de sífilis primària i secundària. Es diagnostica uretritis gonocòccica asimptomàtica. S'inicia estudi i tractament de contactes. Es fa declaració individual obligatòria de sífilis precoç i gonocòccica.

Es programen serologies RPR al cap de 3, 6 i 12 mesos, per a seguiment. Donat que tant els xancres múltiples i la coexistència de sífilis primària i secundària són més freqüents en VIH, demanem noves serologies passat el període finestra.

Conclusions: l'accessibilitat permet un diagnòstic precoç, tallar la cadena de contactes i evitar la progressió i les complicacions de la sífilis. La història natural de la sífilis no sempre és com als llibres: poden coexistir secundarismes i xancres, que també pot ser múltiple. Cal descartar sempre VIH i altres infeccions de transmissió sexual, tot i que no sempre hi ha coinfecció.

BLANCA RAITERI BOIRA
BLANCA FERNÁNDEZ VALENCIA CATALÁN
LUIS GONZÁLEZ DE PAZ
MARTA CATALÁN ADELL

Contacte:
blancamaria.raiteri@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8682

Comunicació:
ORAL

Comorbiditat, qualitat de vida i característiques biopsicosocials dels pacients majors de 95 anys d'un centre d'atenció primària de Barcelona

CEI HCB 2022.0366

Introducció: És evident l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment sostingut de la nostra població en les darreres dècades i és un fet que podem observar en el dia a dia a les consultes de medicina de família. Alguns estudis previs conclouen que els pacients majors de 89 anys presenten un lleu deteriorament funcional i cognitiu, així com baixa comorbiditat i una bona percepció de salut. Hi ha menys dades sobre els pacients amb edat igual o superior als 95 anys a Espanya, els anomenats *oldest old*.

Objectius: descriure les dades de comorbiditat, l'estat autopercebut de salut, la utilització de recursos socio-sanitaris i les principals característiques biopsicosocials de pacients majors de 95 anys.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal en un centre d'atenció primària urbana (població assignada de 32.154 pacients), incloent-hi tots els pacients majors de 95 anys, tant institucionalitzats com no. S'inclouen variables demogràfiques, socials, estat de salut, qualitat de vida, comorbiditat i utilització de recursos socio-sanitaris.

Resultats: es van incloure 182 persones de més de 95 anys (prevalença: 0,56%). L'edat mitjana dels pacients era de 97 anys, amb un rang d'edat de 95 a 105 anys. En total, 46 homes (25,27%) i 136 dones (74,73%). La majoria eren vídues (89,1%), tenien estudis primaris o secundaris (72,3%) i el 94,6% vivien a casa. El 64,3% tenien familiars (pares o germans) que van viure més enllà dels 90 anys. La majoria tenien hipertensió (73,6%) i dislipèmia (83,5%), però no tenien diabetis *mellitus* ni malalties cardíaques (85,1% i 93,37%, respectivament). El 89,20% no fumava, amb un índex de massa corporal mitjà de 25,7. No tenien polifarmàcia un 60,9%. El 39,4% consideraven que el seu estat de salut era bo o molt bo.

Conclusions: els majors de 95 anys són habitualment dones, amb familiars també longeus, que viuen a casa seva, amb baixa morbiditat i bon estat autopercebut de salut.

Laura JÓDAR MANZANERA
MARIA DEL MAR SASTRE HUETE
VICTORIA JÓDAR MANZANERA
ALEJANDRA GUIX

Contacte:
laura3bjo@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8683

Comunicació:
PÒSTER

Secuelas post covid-19. Otras infecciones a tener en cuenta

Mujer de 39 años, natural de Polonia, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y como único antecedente enfermedad de Lyme, recientemente diagnosticada, y sin tratamiento habitual, consulta en diciembre 2020 por artromialgias de inicio en octubre 2020. Como antecedente familiar más reciente destaca infección por covid-19 de los convivientes en octubre. Se realizaron numerosas pruebas de reacción de la polimerasa (PCR) para covid-19, pero en su caso fueron siempre negativas. Valorada de forma privada por el reumatólogo, se descartó patología autoinmune. Como única clínica destaca tos seca persistente y diversas algias. Se ha realizado tres PCR para covid-19 con resultado negativo, aunque en el contexto sanitario de la época se orientó como una clínica compatible con covid-19 persistente. Ante la persistencia de artromialgias y astenia se decidió realizar serología infecciosa para infección por citomegalovirus pasada, infección por virus de Epstein-Barr (VEB) reactivado y enfermedad de Lyme pasada. Se realizó radiografía de tórax y se descartaron complicaciones de covid-19, en tratamiento sintomático con analgésicos. Finalmente se decidió derivación a unidad de covid-19 persistente para su valoración. Se había descartado patología autoinmunitaria. No se llegó a realizar, dado que la paciente fue vacunada *a posteriori* de covid-19. Tras varios años, la paciente continúa con episodios fluctuantes de aumento de la astenia y las artromialgias, pese al tratamiento sintomático. Como conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia) se ha visto que la astenia y las artromialgias son secuelas post covid-19 que predominan en multitud de pacientes y condicionan un deterioro en la calidad de su vida, ya que requieren numerosas visitas sanitarias, pero no hemos de olvidar otras infecciones no tratadas (en el caso de nuestra paciente, una infección por VEB reactivada), que generan estos mismos síntomas de forma más cíclica, según la actividad del microorganismo. Por todo ello se ha de realizar despistaje de otras infecciones y, una vez descartadas todas ellas, trabajar junto al paciente para crear un plan de atención personal que ayude a controlar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

VANESSA OCCHIPINTI ROSALES
LAURA LEÓN RAMÍREZ
ASSUMPTA FERRER FELIU

Contacte:
vanessaocchipintir@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8684

Comunicació:
PÒSTER

Estudio descriptivo sobre insatisfacción con la imagen corporal a los 15 años de edad en atención primaria

Objetivo: la adolescencia es una etapa clave en la consolidación de aptitudes y la imagen corporal es de gran importancia en este periodo. Por ello, el objetivo de esta investigación es describir la prevalencia en atención primaria de insatisfacción con la imagen corporal, así como sus factores asociados.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Ámbito: atención primaria (AP) y nivel de atención sanitaria: todos los pacientes asignados a las dos áreas básicas de salud (ABS) del municipio.

Criterios de inclusión: estar asignado a alguna de las dos ABS, haber nacido en 2008 y residir en el municipio ≥ 6 meses.

Criterios de exclusión: barrera idiomática, no poder acudir a la ABS.

Número de sujetos: de una población de referencia de 486 individuos, se calculó una muestra de 353 para ser entrevistados.

Variable dependiente: insatisfacción de la imagen corporal, según la escala validada Contour Drawing Rating Scale (CDRS).

Variables independientes: según la entrevista FRESC del Departamento de Salud, adaptada: ejercicio físico, dieta, horas de sueño, bienestar mental.

Según visita e historia clínica: edad, sexo, centro escolar, índice de masa corporal, enfermedades crónicas y número de fármacos.

Análisis estadístico: se realizará un análisis descriptivo bivariante y multivariante para evaluar la posible asociación de la variable dependiente y variables independientes.

Limitaciones y aspectos legales: la pequeña muestra deberá ampliarse a futuros estudios multicéntricos. El comité de ética en atención primaria del IDIAP Jordi Gol aprobó para realización (CEI23/099-P).

Resultados: este trabajo de investigación espera describir la prevalencia de alteración de la imagen corporal a los 15 años, así como la posible asociación a factores de género, depresión o baja autoestima.

Conclusión: el presente estudio nos ayudará a conocer un grupo poblacional que acude escasamente a las consultas, así como la proporción de la alteración de la imagen corporal para poder realizar futuras intervenciones de mejora en atención primaria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SARA MEDINA CABALLERO
BEATRIZ BARRAGÁN CAMÍN
NÚRIA SUCAR SEGARRA

Contacte:
smedinac.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8685

Comunicació:
PÒSTER

Bioètica siempre, al final de la vida más

Àmbit del caso: atención primaria y sociosanitaria.

Motivo de consulta: focalidad neurológica aguda en paciente oncológica.

Historia clínica

Paciente de 67 años con antecedente de carcinoma rectal en fase avanzada y en seguimiento por su médico de familia con objetivo paliativo.

La familia solicita visita a domicilio por deterioro funcional y desorientación de 48 h de evolución con dificultad para mover un brazo. Encontramos a la paciente postrada, consciente, hemodinámicamente estable, bradipsíquica, levemente desorientada en tiempo y espacio, con hemiparesia braquiocrural que impide mantener la bipedestación. La auscultación cardiopulmonar es normal.

Se pacta valoración conjunta con el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) en 24 h, durante las cuales la paciente empeora.

La paciente tiene un documento de voluntades anticipadas (DVA) donde expresa su deseo de no realizar pruebas complementarias si no cambian el manejo de su enfermedad y de fallecer en un centro sociosanitario. La familia comparte la decisión de la paciente y vela por el cumplimiento de sus voluntades.

Ante la duda diagnóstica entre metástasis cerebrales o ictus isquémico, se decide traslado a un centro hospitalario para realización de una tomografía computarizada (TC) craneal que muestra metástasis cerebrales. La paciente regresa al domicilio y desde allí se gestiona el ingreso al centro sociosanitario para medidas de confort.

Conclusión

El DVA es una herramienta básica para tomar decisiones compartidas con los pacientes y sus familias en situaciones complejas. En este caso, el debate giraba en torno a la decisión de realizar una TC craneal urgente. Desde el punto de vista médico ayuda a confirmar una situación de últimos días y la necesidad de un ingreso en un centro sociosanitario. La familia, *a posteriori*, expresó sus dudas sobre la utilidad del traslado. Al aplicar un DVA debemos evitar que nuestra autoridad como clínicos condicione la libertad de los pacientes y de sus familias para tomar decisiones.

NOEMÍ FÀBREGA RAMON
CAROLINA ROIG
MÓNICA SOLANES CABÚS

Contacte:
nfabrega.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8687

Comunicació:
PÒSTER

Carcinoma papil·lar de tiroide: diagnòstic ecogràfic en atenció primària

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 31 anys que consulta al CAP de forma programada per neoplàsia en angle mandibular dret, d'aparició i creixement en els últims mesos.

Història clínica

Antecedents personals: hipotiroïdisme subclínic, ferropènia sense anèmia, mastopatia fibroquística i obesitat.

Fàrmacs: ferro oral c/24 h. **Exploració:** es palpa nòdul indurat, mòbil a la palpació a nivell de l'angle mandibular dret, d'uns 3 cm de diàmetre. No és dolorós a la palpació i no es palpen adenopaties cervicals ni axil·lars. **Proves complementàries:** es realitza ecografia a la consulta d'atenció primària i s'observa lòbul tiroïdal dret: 1,53 x 1,99 x 3,08 cm. Volum = 4,90. Imatges quístiques a l'interior, la major de 0,22. Istme 0,36. Lòbul tiroïdal esquerre: 2,64 x 2,13 x 3,99 cm. Volum = 11,57. **Nòdul 1:** 1,48 x 1,50 x 1,36 cm, TIRADS 4: sòlid (2) + hipoecoic (2) + microcalcificacions (1) = 5 punts. **Nòdul 2:** 2,86 x 3,18 x 3,10 cm, TIRADS 4: sòlid quístic (1) + molt hipoecoic (3) + macrocalcificació (1) = 5. **Diagnòstic:** imatge neoplàstica amb criteris de malignitat.

Diagnòstic diferencial: tumor maligne de tiroide, nòdul tiroide benigne, quist del tiroglòs, adenopatia, lipoma. Davant la sospita es valora derivació a endocrinologia de forma urgent per a punció amb aspiració d'agulla fina (PAAF). Presenta una APA compatible amb carcinoma papil·lar de tiroide.

Tractament: es realitza tiroidectomia total sense incidències, i s'inicia levotiroxina i calcitriol.

Evolució: posttiroidectomia presenta dolor i edema local, sense signes de sobreinfecció, que resol en drenar la bossa de seroma. Actualment es troba asimptomàtica i presenta un control hormonal substitutiu correcte.

Conclusions

La implementació de l'ecografia de tiroide en l'atenció primària és un present en la medicina familiar. Aporta gran capacitat diagnòstica enfront de circuits hospitalaris que de vegades poden ser de difícil accés si no es disposa d'una aproximació diagnòstica. Tenint en compte l'alt índex de patologia tumoral maligna en gent jove, disposar d'uns coneixements bàsics d'ecografia de tiroide és vital per a qualsevol metgessa o metge d'atenció primària.

ARANZAZU SANTANA GONZÁLEZ
ALICIA VILLANUEVA HERNÁNDEZ
ALEJANDRO BARRETO MARTÍN

Contacte:
ara_santana@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8688

Comunicació:
PÒSTER

Altra vegada la cefalea

Àmbit: atenció primària i hospitalària.

Motiu de consulta: cefalea persistent.

Història clínica

Antecedents personals: cefalees migranyoses, trastorn d'ansietat.

Anamnesi: cefalea hemicraneal dreta que empitjora amb maniobres de Valsalva, amb fotofòbia, sonofòbia, nàusees i parestèsies al braç dret amb el dolor. Empitjorament progressiu amb crisis de dolor més freqüents i intenses.

Exploració: persona normotensa, visió conservada, sense edema de papil·la, parells cranials normals, força i sensibilitat conservades, sense dismetries ni focalitats neurològiques.

Proves complementàries: tomografia computada (TC) cranial amb contrast: aneurisma sacular intracranial a nivell de cisterna suprasellar dependent de la porció intracranial de l'artèria caròtida interna dreta (ACID), de 15 mil·límetres, amb trombosi parcial. Probable dilatació de l'artèria comunicant anterior de 4 mil·límetres. No signes de sagnat intracranial. Angio ressonància magnètica (RM) cerebral: aneurisma en segment parcialment trombosat del segment comunicant de l'ACID de 7 mm x 6 mm.

Judici clínic: pacient que consulta al CAP per cefalees d'anys d'evolució etiquetades de migranyes, amb exacerbació del dolor des de fa 2 anys. Diverses visites a urgències del CAP i d'hospital per mal control del dolor. Se sol·licita TC cranial des del CAP, que mostra un aneurisma cerebral.

Diagnòstic diferencial: migranya amb o sense aura, cefalea tensional, neoplàsia, malformació arteriovenosa, vasculitis, infecció, hipo o hipertensió del líquid cefalorraquídi.

Tractament: es contacta amb neuròleg, que deriva a neurocirurgia.

Evolució: la pacient està pendent d'intervenció quirúrgica amb col·locació de *stent* endovascular.

Conclusions

La cefalea és una patologia molt freqüent en atenció primària. Davant d'una cefalea aguda o crònica cal fer sempre una bona anamnesi, exploració física i orientació diagnòstica. Si el curs evolutiu no és l'adequat, cal demanar proves d'imatge o derivar a l'atenció especialitzada per ampliar estudi de la patologia.

JOAN MARIA GINÉ BUSOM
ALBA MURISCO FORTET
CARLOS DE LA CRUZ PÉREZ

Contacte:
joangine81@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8689

Comunicació:
PÒSTER

Queloides en pacient de pell fosca

Home de 43 anys que acudeix perquè presenta diverses cicatrius aparegudes a partir dels 18 anys, de característiques hipertròfiques, dures, sobreelevades, hiperpigmentades i no doloroses a la pressió. Situades a nivell del tòrax anterior i posterior. Van aparèixer després d'haver patit algun traumatisme o picadura d'insecte.

És natural de Ruanda. Treballa de mossèn.

Antecedents personals: dermatitis descamativa, sense intervencions quirúrgiques, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, nega consum de tòxics.

Antecedents patèrns de cicatrius en forma de queloides i mare amb hepatitis C.

En l'exploració física destaquen les lesions amb les característiques esmentades, de llarga evolució, i pell de color. Auscultació cardíaca rítmica i respiratòria amb murmuri vesicular conservat. Abdomen tou i depressible, sense dolor ni masses. Les extremitats inferiors sense edemes.

Se sol·licita anàlítica de sang bàsica més immunoglobulina (Ig) E, virus de l'hepatitis B i C, sífilis i virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Resultats: hemograma amb valors normals, sense leucocitosi. Bioquímica que mostra perfil hepàtic, biliar i renal sense alteracions, IgE amb valors normals i VHB, VHC, sífilis i VIH no positius.

Es prenen fotografies macro de les lesions i es realitza interconsulta sense el pacient al servei de dermatologia, per ampliar l'estudi. Sospita de lesions queloides: a favor hi ha la presència de l'antecedent familiar i la pell de color. La biòpsia s'ha d'evitar perquè pot augmentar-ne la grandària.

Per al diagnòstic diferencial cal pensar en dermatofibroma, dermatofibrosarcoma, granuloma i tumor desmoide.

Si s'afecta l'autoestima o es veu compromesa la mobilitat d'alguna articulació, s'administra amb agulla de 27 triamcinolona 10-40 mg/ml + lidocaïna intralesional cada 2-4 setmanes fins a observar millora, amb un màxim de 20-30 mg de corticoide per aplicació. El nitrogen líquid previ a la infusió ajuda a dispersar el fàrmac. S'ha de comprimir la ferida amb làmines de silicona. Posteriorment s'ha de valorar cirurgia.

Seguim pendents de resposta de dermatologia: seguirem el pacient un mínim de 12 mesos. És una patologia que no requereix de proves complementàries per al seu diagnòstic. Podem abordar-la i tractar-la des d'atenció primària. S'ha d'oferir una educació sanitària correcta per evitar recidives i fer entendre la cronicitat del procés.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÈLIA VINYES ROCA
JUDITH PLAJA DORCA
JAVIER MARTÍNEZ BRUBALLA

Contacte:
liavinyes@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8690

Comunicació:
ORAL

Verola del simi

Pacient de 37 anys, positiu per al virus de la immunodeficiència humana (VIH) amb càrrega viral indetectable. És un home que té relacions sexuals amb altres homes (HSH) i consulta al CAP per lesions al pubis d'una setmana d'evolució i pruija a les extremitats. Ha presentat febre els primers 3-4 dies de fins a 38,5 °C amb adenopaties doloroses. En l'exploració física s'objectiven lesions crostoses sobreinfectades a la zona central del pubis i cel·lulitis secundària. També presenta una lesió pustulosa a la cuixa, una altra a la zona supraciliar i exantema macular a braços i cames.

Davant la sospita de verola del simi, perquè compleix els criteris clínics i epidemiològics, s'obtenen mostres PCR de les lesions, que resulten positives per al virus de la verola del simi (*monkeypox*). S'indica aïllament domiciliari durant 3 setmanes des de l'inici dels símptomes i fins a la resolució completa de les lesions.

La verola del simi és una zoonosi emergent procedent d'Àfrica. Es transmet per via sexual i per contacte persona-persona (sobretot per contacte directe amb les lesions). El període d'incubació és d'entre 5 i 21 dies. Els símptomes més freqüents de la malaltia solen ser lesions cutànies en forma de vesícules o pústules, exantema, adenopaties doloroses i febre. Pot causar casos greus, amb una letalitat del 3-6%.

És una malaltia de declaració obligatòria individualitzada (MDI) i de declaració urgent (MDU). S'han notificat 3.142 casos a la Xarxa de vigilància epidemiològica de Catalunya (XVEC) fins al febrer de 2023, la majoria procedents de Barcelona ciutat (72,63%), de sexe masculí (97,7%), d'entre 30 i 39 anys (39,14%) i amb infecció per VIH (39,4%).

El diagnòstic diferencial es faria amb herpes, sífilis, varicel·la, mol·lusc contagiós, sarna nodular, etc. Les malalties víriques emergents són un tema de gran interès clínic, científic i de salut pública, ja que la globalització facilita la seva aparició i expansió. Es preveu que augmentin en els propers anys.

EULÀLIA OLIVÉ SALINAS
JUDIT SERRA RAMONET
MARIA PALLER CASALS COROMINAS
LAIA GUIX FONT
MAITE SASTRE MARTÍN
NEUS MONEO VILALTA

Contacte:
eolive.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8691

Comunicació:
PÒSTER

Coneixements sobre la menopausa en dones

Objectiu: avaluar el nivell de coneixements sobre els possibles símptomes en la menopausa de dones entre 45 i 56 anys. Determinar la necessitat de rebre informació que manifesten aquestes dones.

Material i mètodes

Disseny: estudi observacional descriptiu transversal.

Àmbit de realització i nivell d'atenció sanitària: equip d'atenció primària (EAP) semi urbà i atenció primària.

Criteris de selecció: dones assignades al l'EAP de 45 a 56 anys.

Nombre de subjectes inclosos: 400 dones.

Nombre de subjectes que responen i abandonaments: 323 dones, 78 abandonaments.

Intervencions: enquesta digital.

Variables i mètodes d'avaluació de la resposta: enquesta de 17 preguntes. D'aquestes, 11 són de resposta múltiple i 7 són explicatives o sociodemogràfiques.

Anàlisi estadística: de caràcter descriptiu sobre les variables quantitatives i qualitatives, utilitzant estadístiques de tendència central (mitjana, mediana i moda) i de dispersió (interval de confiança, variància i desviació típica).

Limitacions i aspectes legals: pèrdua de mostra per manca d'interès i per manca de competències digitals de les participants.

Resultats: respostes per part del 80,75% de les dones seleccionades. Es determina un nivell baix de coneixements sobre la menopausa i la necessitat i voluntat de rebre més informació.

Conclusions

Hi ha un nivell baix de coneixement de les dones sobre la menopausa i una demanda de rebre més informació. Per tant, es determina la necessitat d'oferir aquesta informació. L'oferiment podria materialitzar-se per diferents vies (digital, infografia en paper) i des de diferents àmbits (atenció primària, hospitalària, escoles, instituts).

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SERGI PUJOL RUIZ
MIREIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
MIRTA AMBLAS PLA

Contacte:
sergi.pujol316@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8692

Comunicació:
PÒSTER

Aplicació imaginativa de l'ecografia a l'atenció primària

Objectius de l'experiència: aportar un valor afegit a la pràctica clínica millorant i optimitzant recursos i la resolubilitat de l'atenció primària gràcies a l'ús de l'ecògraf.

Tenir disponibilitat de l'ecògraf al nostre centre no únicament mitjançant citacions en agenda, sinó també disposant-ne a urgències per descartar patologia urgent.

La formació dels propis professionals de forma reglada o per mitjà dels companys amb major expertesa.

Descripció de l'experiència: si bé l'ús majoritari se centra a descartar trombosis venoses profundes a les extremitats inferiors i diagnosticar litiasis biliars en dolor còlics, la disponibilitat al mateix centre i la formació de les pròpies metgesses n'aguditza l'originalitat en aplicacions alternatives.

En especial, per la seva originalitat, voldríem destacar que durant la pandèmia de la covid-19 en situació de confinament es va realitzar una ecografia fetal per comprovar moviments fetals en una gestant de 2n trimestre, procedent d'Amèrica, nouvinguda acabada d'arribar, que desconeixia els circuits sanitaris i es trobava en situació irregular al nostre país en un moment amb elevades restriccions de mobilitat per la pandèmia per COVID-19. La pacient explicava un dejú prolongat de més de 10 hores i falta de moviments fetals. En aquesta situació, es va fer ús de l'ecògraf i es van visualitzar moviments fetals i batec cardíac.

Conclusions: la disponibilitat de forma generalitzada de l'ecògraf augmenta de forma exponencial la capacitat resolutiva de l'atenció primària i millora la baixa consideració social de què en ocasions pateix l'atenció primària.

Aplicabilitat: la corba vertical d'aprenentatge de l'ecògraf amb objectiu de cribratge de patologia urgent genera una elevada satisfacció en els i les professionals i motiva a seguir buscant noves aplicacions en la casuística diària de la metgessa o metge de família.

MARIA TERESA IRIGOYEN GARCIA
NÚRIA BRUNET REVERTÉ
ESTER GAVALDA ESPELTA
CRISTINA SANZ ESPUNY

Contacte:
mirigoyeng.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8693

Comunicació:
PÒSTER

Atenció integrada, una mirada social i sanitària

L'atenció integrada social i sanitària és una oportunitat d'atenció centrada en les persones, amb més valor i amb valors.

L'objectiu és donar una atenció de qualitat i integral, social i sanitària a les persones amb necessitats complexes.

El nostre centre d'atenció primària (CAP) atén una població de 21.000 habitants i treballa amb els serveis socials bàsics (SSB) municipals de manera conjunta per donar una atenció global a les persones.

El cas és un home de 75 anys amb demència GDS 6c i grau 3 de dependència, amb seguiment per neurologia. Presenta trastorns de conducta amb agressivitat. Conviu amb la dona, que és la cuidadora principal amb el suport puntual de filla i gendre. La dona presenta símptomes clars de claudicació. Des dels SSB s'alerta a la gestora de cas del CAP, donada la complexitat de la situació. Es planifica un treball conjunt per adequar els recursos a les necessitats de la persona i la família. S'acorda utilitzar un centre de dia a la tarda i un servei d'ajuda a domicili a l'usuari i l'Escola del Cuidar per a la descàrrega de la cuidadora. Donada l'agressivitat del pacient, la metgessa decideix derivar a psicogeriatría per adequar el tractament. La dona ens informa que no ha millorat l'agressivitat i no s'ha adaptat al centre de dia.

Es realitza una nova coordinació amb psicogeriatría i finalment s'ingressa per a ajustament del tractament. Durant l'ingrés es fa una coordinació proactiva amb tots els agents implicats en l'atenció per planificar el retorn al domicili. Al cap de 2 mesos, l'home és donat d'alta amb recurs de centre de dia a la tarda i en espera d'ampliació de jornada, amb bona adaptació. La dona segueix acudint a l'Escola del Cuidar. El treball conjunt proactiu dels professionals implicats ha fet que el retorn al domicili hagi estat satisfactori per a l'home i la família.

L'envelliment de la població fa necessari un treball conjunt per cobrir les necessitats de la població, optimitzar recursos i evitar duplicitats.

ANNA FELIP PALAUS
EVA MARÍA CALVO MARTÍNEZ
SILVIA TORRENT GOÑI
NINA PONS BORONAT
MERCÈ COMAS VERDAGUER
ARIADNA CARLES PALLARÈS

Contacte:
annafelippalaus@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8694

Comunicació:
PÒSTER

Malpensa... i no sempre encertaràs

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: revisió de pacient diabètic.

Història clínica

Enfocament individual: pacient de 61 anys, obès i hipertens amb diabetis *mellitus* de tipus 1 de llarga evolució amb mal control metabòlic. Des de fa 2 mesos es troba en tractament amb atorvastatina de 40 mg/dl pautaada per endocrinologia.

Asimptomàtic, acut a la consulta per a revisió i s'objectiva empitjorament del perfil glicèmic amb hemoglobina glicada del 12% (prèvia del 9,5%) i glicèmia basal de 215 g/dl. Sense canvis recents de dieta o medicació, el pacient refereix glicèmies capil·lars més descontrolades des que se li va pautar l'atorvastatina.

Enfocament social: es tracta d'un pacient solter, amb poc suport familiar i vida sedentària, sense motivació per complir mesures higienicodietètiques.

Diagnòstic diferencial: se sospita inicialment incompliment terapèutic o transgressió dietètica. També es planteja diagnòstic diferencial amb algun procés agut que actuï de desencadenant i es realitza una recerca bibliogràfica sobre els possibles efectes adversos de l'atorvastatina.

Pla d'actuació: una vegada s'ha descartat qualsevol procés agut i revisada la bibliografia, es comenta el cas amb endocrinologia i s'acorda retirar l'atorvastatina per un possible efecte advers del fàrmac. S'insisteix igualment en les mesures higienicodietètiques i s'ajusta la pauta d'insulina ràpida segons glicèmies capil·lars.

Evolució: les glicèmies capil·lars milloren pocs dies després de retirar l'estatina. En el següent control analític, les xifres d'hemoglobina glicada tornen als nivells habituals del pacient. D'acord amb endocrinologia, es canvia el tractament hipolipemiant a rosuvastatina 10 mg/dia.

Conclusions

La diabetogènesi és un efecte advers poc conegut de les estatinas. Si bé es relaciona amb la potència i la dosi del fàrmac, cal sospitar-ho en qualsevol pacient que prengui estatinas i presenti un debut diabètic o un empitjorament sobtat del seu control metabòlic. És més freqüent en pacients amb altres factors de risc per patir diabetis *mellitus* o complicacions d'aquesta i justifica modificacions en el pla de medicació.

EVA MARTÍNEZ PALET
SARA ANTON BALLESTEROS
SILVIA JOHER SABAT
CARMEN IOANA JARCA CIUCOS

Contacte:
evamartinez.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8697

Comunicació:
PÒSTER

Prova pilot "Mapeja't"

El nostre objectiu és impulsar la salut comunitària i generar un model de referència als centres d'atenció primària (CAP) i municipis de l'àrea bàsica de salut. Des de l'equip d'atenció primària (EAP) es va iniciar fa més de 2 anys el reconeixement del territori i l'establiment d'aliances que van permetre la recollida dels actius i recursos de cada municipi. Es van classificar i penjar a la intranet de l'equip per tal que tothom pogués tenir-hi accés. Les carpetes d'actius s'actualitzen encara mensualment, gràcies a la xarxa creada prèviament. L'abril del 2022 es va donar llum verda a una prova pilot de prescripció social (PS) a l'EAP, que va permetre començar la implementació municipal. Hem creat grups motors de professionals de l'EAP i municipals i, actualment, hem format les àrees tècniques, les associacions i les entitats d'un dels tres municipis per iniciar el registre al mapa d'actius. La prova pilot ha obtingut resultats favorables i manté actiu el procés municipal. El nombre de PS formals realitzades és de 31, de les quals 15 ja s'han tancat amb el seguiment de 6 mesos.

Mapeja't serà un projecte prospectiu que donarà visibilitat als actius en salut i dinamitzarà la PS al CAP, tant entre professionals com entre usuaris. Consisteix a crear un mapa d'actius en format físic a cada CAP, corresponent a cada municipi de la zona, que permetrà la seva manipulació i actualització, adaptant-lo al dinamisme de la comunitat. Aquest s'acompanyarà dels fulletons explicatius dels actius marcats.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MIRTA AMBLÀS PLA
MIREIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
SERGI PUJOL RUIZ

Contacte:
mirta@ambblas.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8699

Comunicació:
ORAL

Quan de l'excepció se'n fa la norma

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 26 anys que acut a urgències del nostre centre per episodis d'instabilitat cefàlica, motiu pel qual ha abandonat el tractament hipotensor iniciat des de fa un any.

Història clínica

Enfocament individual: és boxejador, nega l'ús d'anabolitzants ni d'altres tòxics, a excepció del consum de quatre begudes energètiques al dia. Refereix una disminució del consum en relació amb la disminució d'entrenament. En l'exploració, únicament destaca un buf sistòlic conegut, amb ecografia Doppler cardíaca dins de la normalitat.

Cribratge de causes secundàries per anàlítica sanguínia de fa 1 any negatiu.

Enfocament familiar i comunitari: antecedents familiars de primer grau d'hipertensió arterial.

Judici clínic: revisant la història clínica veiem que s'havia diagnosticat i iniciat tractament d'hipertensió mitjançant automesures domiciliàries per via telefònica, sense visita mèdica presencial ni exploració física, donada la situació de confinament per pandèmia. En conseqüència, no s'havia realitzat una anamnesi acurada en relació amb els fàrmacs sense prescripció ni els tòxics que podrien ser la causa secundària d'hipertensió arterial. D'altra banda, degut a la situació de pandèmia, havia deixat d'entrenar i havia reduït el consum de begudes energètiques, amb la qual cosa havia retornat a nivells tensionals correctes i el tractament hipotensor generava episodis d'hipotensió simptomàtica.

Tractament i plans d'actuació: en visita presencial i automonitoratge es van objectivar nivells tensionals correctes sense tractament, de forma que es van poder retirar el diagnòstic i el tractament.

Es va fer entrevista motivacional sobre hàbits de vida saludable.

Conclusions

La hipertensió arterial és una patologia molt freqüent en relació amb l'envelliment de la població, però en la població per sota dels 35 anys és excepcional i requereix d'estudi i cribratge de causes secundàries. Amb la normalització de l'atenció, cal revisar aquells diagnòstics i tractaments iniciats de formes telemàtiques per evitar iatrogènia.

AURORA RIPOLL MORA
JOSEP ABADAL
GABRIEL CUATRECASAS
PATRICIA MONTENEGRO

Contacte:
aripoll@capsarria.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8701

Comunicació:
PÒSTER

Els pacients diagnosticats d'insuficiència cardíaca reben el tractament indicat per les guies europees?

Introducció: la insuficiència cardíaca (IC) és una malaltia prevalent, que augmenta amb l'envelliment i en presència d'altres comorbiditats. Segons les recomanacions de les guies europees de cardiologia, els tractaments recomanats per a la IC amb fracció d'ejecció reduïda (ICFER) inclouen inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina (IECA)/blocadors dels receptors de l'angiotensina II (ARA II), betablocadors, inhibidors de cotransportadors de sodi-glucosa de tipus 2 (SGLT2), inhibidors del receptor d'angiotensina-neprilisina (ARNI) i antagonistes dels receptors de l'aldosterona (MRA), i per a la IC amb fracció d'ejecció preservada (ICFep), els SGLT2; els diürètics de nansa es recomanen en tots els casos en situació de congestió.

Objectiu: volem conèixer la prescripció d'aquests fàrmacs en els pacients diagnosticats d'IC en una àrea urbana d'atenció primària.

Material i mètodes: estudi observacional descriptiu transversal realitzat en un centre d'atenció primària d'una àrea urbana de Barcelona mitjançant dades obtingudes de l'eCAP v.10.0. Criteris d'inclusió: pacients entre 14 i 99 anys, diagnosticats d'IC i assignats al nostre centre. Criteris d'exclusió: pacients ingressats en una residència. Limitacions: errors en el registre del diagnòstic d'IC, manca d'estadistatge de la classe funcional de la IC.

Resultats: N = 39.482 pacients >14 anys; IC global en 585 pacients (321 dones), prevalença de l'1,48% (d'aquests el 62,7% >80 anys i el 14,18% <65 anys). Edat mitjana de 79,82 anys (mediana de 84 anys). Un 13,67% són pacients de la unitat d'atenció domiciliària (67,5% dones).

Les comorbiditats més freqüents són: hipertensió arterial 67,5%, cardiopatia isquèmica 27,18%, malaltia renal crònica 22,56 % i diabetis *mellitus* de tipus 2 el 16%.

Quant a la distribució farmacològica: 28,37% no té prescrit cap tractament. Els fàrmacs més utilitzats són: betablocadors 46,3%, antagonistes de l'aldosterona 16,75%, diürètics de nansa 43,4%, IECA/ARA II (sols o combinats) 35,67%, SGLT2 20,3% i sacubitril-valsartan 8%. Aquests percentatges varien de manera significativa entre els professionals del centre.

Conclusions: s'observa un infradiagnòstic respecte als registres poblacionals coneguts. Gairebé un terç dels pacients amb IC no porten cap dels tractaments recomanats. El fàrmac predominant són els betablocadors per damunt dels IECA/ARA II. La prescripció hauria de poder ser més homogènia entre els professionals.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MIREIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
MIRTA AMBLÀS PLA
SERGI PUJOL RUIZ

Contacte:
mire_bcn_13@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8702

Comunicació:
PÒSTER

Quan l'anamnesi i l'exploració física no van de la mà

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 85 anys que consulta per dolor suprapúbic amb dificultats per orinar i tremolors.

Història clínica

Enfocament individual: antecedents d'hipertensió, cardiopatia isquèmica, aneurisma aòrtic ascendent amb valvulopatia aòrtica i hiperplàsia benigna de pròstata (HBP) intervinguda en una clínica privada, amb antecedent de retenció d'orina. En l'exploració no es palpa cap massa hipogàstrica, però sí un abdomen lleument distès. Es realitza ecografia pre i postmiccional, que objectiva un residu postmiccional de 58 cc, pròstata irregular de 17 cc i diverticle ja conegut. D'altra banda, s'objectiva tremolor asimètric de repòs, d'alta amplitud i mitjana freqüència, amb braceig conservat i sense roda dentada ni marxa parkinsoniana.

Judici clínic: encara que l'edat podria fer pensar en malalties neurodegeneratives, l'exploració impressiona respecte a un possible origen farmacològic. Es revisa pla de medicació en què consten tolterodina i tamsulosina, en relació amb l'HBP.

Tractament i plans d'actuació: es retira tolterodina i se cita per a 1 setmana després. Aleshores, en l'exploració pràcticament ha desaparegut el tremolor i no hi ha empijorament miccional.

Conclusions

Davant de qualsevol símptoma en pacients polimedcats cal revisar el pla de medicació a la recerca d'efectes secundaris que justifiquin la clínica i evitar la cascada farmacoterapèutica.

BÀRBARA NAVARRO ARAMBUDO
MARTHA TERESA EGOAVIL ROJAS
MARIA NURIA PÉREZ GUTIÉRREZ
ANGELO PAOLO ROSSARIO VARGAS

Contacte:
bnavarro.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8703

Comunicació:
PÒSTER

Programa de seguiment del pacient postictus a l'equip d'atenció primària

Justificació: l'ictus és la primera causa de mortalitat en dones, la segona en homes i la primera causa de discapacitat en tots dos gèneres. A Espanya, unes 110.000 persones pateixen un ictus anualment; el 15% moren i, entre els supervivents, un 30% presenten dependència funcional, segons les dades de la Societat Espanyola de Neurologia. Com hem dit, és la primera causa de discapacitat, la segona de mort i de deteriorament cognitiu en adults. Les persones que pateixen un ictus passen a ésser pacients crònics, amb necessitats sanitàries complexes en molts casos. El primer any posterior a l'ictus és crític per determinar l'evolució del pacient, fet que fa de màxima importància el seguiment en aquest període. Per això, és primordial un model d'atenció integral per garantir la continuïtat assistencial a l'alta mèdica, especialment durant el primer any postictus.

Objectiu: identificar les necessitats dels professionals i pacients per millorar les habilitats en el seguiment postictus i potenciar l'autocura; així com determinar un seguiment estructurat de visites.

Descripció: formació de 10 hores als professionals en cures postictus.

Creació d'un pla de 5 visites/any de 40 minuts amb infermeria, essent la primera i l'última conjunta amb medicina. El pacient rep informació oral i escrita. Es registren els coneixements adquirits i les variables de control de factors de risc cardiovascular (FRCV) i estils de vida saludables.

Conclusió: un cop realitzada la formació es van avaluar els coneixements adquirits sobre seguiment postictus; es va veure una major sensibilització cap a la necessitat de controlar els FRCV i els estils de vida saludables, tant per part dels professionals com dels pacients.

Aplicabilitat: la continuïtat assistencial i el seguiment estructurat en aquesta fase ha demostrat la seva utilitat i benefici en altres patologies, per la qual cosa també seria aplicable a l'ictus.

ANGELO PAOLO ROSSARIO VARGAS
MARIA DOLORES PELEATO CATALÁN
MARIA NURIA PÉREZ GUTIÉRREZ
MARTHA TERESA EGOAVIL ROJAS

Contacte:
bnavarro.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8705

Comunicació:
PÒSTER

Quina és la millor preparació per a l'extracció de taps de cerumen?

Justificació: els taps de cerumen són freqüents en la població i el primer motiu de consulta otorrinolaringològica a atenció primària. Es presenten típicament com a hipoacúsia al costat d'otàlgia, i es diagnostiquen amb l'otoscopi, que en facilita la visualització. Hi ha mètodes d'extracció. Un dels més efectius és la irrigació del conducte, prèvia preparació amb estovadors del cerumen (cerumenolítics) de base oliosa vs. aquosa (aigua oxigenada). Segons alguns estudis, l'aigua oxigenada pot causar lesions a la membrana timpànica, en canvi els estovadors de base oliosa són més segurs a l'hora de la preparació, amb clara evidència sobre la seva efectivitat, complicacions i disminució en la producció posterior.

Objectius: analitzar i identificar la preparació prèvia a l'extracció de cerumen més innòcua per al pacient i determinar un protocol per aplicar al nostre centre.

Descripció: revisió sistemàtica bibliogràfica en el període 2019-2023 de les bases de dades següents: Cuiden, Scielo, Medline (Pubmed) i Cochrane, utilitzant com a descriptors les paraules clau: cerumenolítics, tap cerumen, preparació i irrigació òtica. Es van trobar 50 referències. Se'n van seleccionar 10 per analitzar en profunditat perquè complien criteris d'inclusió establerts (articles de revistes científiques i documents que aportin dades empíriques sobre el tema).

Resultat: donada l'evidència es va realitzar un nou protocol emprant estovadors de base oliosa per a la preparació prèvia a l'extracció. Posteriorment es va realitzar un taller teoricopràctic per als professionals i es van facilitar instruccions escrites als pacients.

Aplicabilitat: amb la preparació de base oliosa s'aconsegueix l'extracció del cerumen sense presentar complicacions i se'n disminueix la producció posterior. Es va millorar l'educació del pacient per a la preparació i així es facilitava l'extracció posterior. Com a inconvenient, el cost econòmic d'aquesta preparació és més elevat.

ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH
MARTA BUERA POTAU
CLARA ISABEL GASCÓN MORA

Contacte:
elisendamagranefrancesch@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8709

Comunicació:
PÒSTER

Un altre maneig domiciliari de la insuficiència cardíaca terminal

Dona de 80 anys, dependent i amb bon suport domiciliari familiar. Antecedents de fibril·lació auricular tractada amb rivaroxaban. Afectada de disfunció diastòlica severa i hipertensió pulmonar molt severa amb fracció d'ejecció preservada. Portadora de marcapassos per síndrome de bradicàrdia-taquicàrdia amb síncope, apnea del son, portadora de pressió positiva contínua de les vies respiratòries (CPAP), amb obesitat i insuficiència respiratòria, en tractament amb oxigenoteràpia.

Considerada pels professionals de referència persona amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Es va explicar i comprendre el tractament, maneig i pronòstic de la fase final de la insuficiència cardíaca, tant a la pacient com a la família. Registraven i interpretaven la pressió arterial, el pes i la saturació d'oxigen diàriament. Les dades es reportaven cada 3 dies als professionals de referència. Fet que facilitava l'ajustament del tractament en les primeres fases de les descompensacions. En diverses ocasions, la via oral va resultar insuficient per al maneig domiciliari i es va haver de recórrer, per voluntat expressa de pacient i família, a l'alternativa que els seus professionals de referència d'atenció primària oferien: ajustar el tractament diürètic via subcutània al propi domicili. Durant 2 anys aquesta via de tractament va ajudar a millorar la qualitat de vida de la pacient, a evitar trasllats innecessaris a urgències i a minimitzar així la iatrogènia que se'n pot derivar.

El símptoma principal de la insuficiència cardíaca terminal és la congestió sistèmica i pulmonar, que s'incrementa en situacions de reagudització de l'estat basal o per malalties agudes intercurrents. La via oral és insuficient per al tractament i cal una via parenteral per a millorar la clínica.

El tractament parenteral des d'atenció primària es limita a l'ús de la via subcutània amb infusió contínua de furosemida en bomba elasmòmica. Sovint, en els pacients amb què treballem a l'atenció primària pot ser la única via de tractament i una solució còmoda per a aquelles persones amb insuficiència cardíaca terminal que desitgen ser tractades a domicili.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTINA AGUSTÍ TURON
DÍDAC PARRAMON I FONT
BENOÏT BIDWELL POZA
MARIA BOIX I TORNS

Contacte:
martina.agusti@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8710

Comunicació:
ORAL

Experiència docent. Sessions d'aprenentatge basat en problemes per als residents de 1r any

Objectius: realitzar una activitat formativa amb metodologia d'aprenentatge basat en problemes (ABP), compartida per tots els residents de primer any de medicina i infermeria familiar i comunitària que comencen al CAP.

Descripció de l'experiència: al nostre CAP entren quatre residents de primer any (R1), dos de medicina i dos d'infermeria. Durant els primers mesos es demana a un dels residents, triat per sorteig, que triï un cas que li sembla interessant d'aquells que vegi a la consulta. Se li demana que sigui un cas d'alguna patologia o problema que requereixi un treball compartit medicina/infermeria i que sigui d'avaluació i maneig principalment a l'atenció primària. A partir d'aquí es fa una primera sessió on el resident exposa el cas a tot l'equip i planteja els dubtes o situacions a resoldre.

En aquesta sessió, amb l'ajuda de l'equip i els altres tres residents es confecciona una llista d'objectius d'aprenentatge que caldrà recopilar per resoldre el cas. Aquests objectius es reparteixen entre els tres residents i cadascú busca informació i prepara una sessió clínica en coordinació amb els altres companys. Posteriorment, durant tres sessions, en dies diferents, cada resident presenta els objectius d'aprenentatge que ha treballat i es discuteixen amb l'equip per tal de resoldre el cas.

Conclusions: és un mètode d'aprenentatge més pràctic que les sessions magistrals clàssiques, ja que es basa en casos clínics reals de la consulta. A més, facilita la integració i el treball en equip i reforça els llaços afectius dels residents de primer any. Per últim, permet aconseguir, a través d'una dinàmica motivadora, una competència alta en el tema escollit.

Aplicabilitat: l'ABP és una metodologia molt útil, senzilla i fàcilment aplicable durant les rotacions al CAP de la formació en Medicina i Infermeria Familiar i Comunitària.

SÍGRID BONVEHÍ NADEU
BERTA BERTRANS VILARÓ
OLGA FARGAS CODINA
DANIEL CARRILLO CANALES

Contacte:
sbonvehi.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8711

Comunicació:
PÒSTER

No ens posem tensos amb la hipertensió

Objectius de l'experiència: aprofundir en el coneixement d'una patologia prevalent a l'atenció primària.

Cohesionar el grup de residents de la tutora i el treball en equip d'ells i amb el resident d'infermeria.

Transmetre el coneixement adquirit a la resta de residents i tutors, en un format atractiu.

Descripció de l'experiència: des de fa pocs mesos es realitza al nostre centre docent una jornada mensual matutina a la qual assisteixen tots els tutors i residents, d'infermeria i medicina, i que preparen un tutor i un resident. El nostre grup va aprofitar per revisar una patologia molt prevalent (la hipertensió arterial), i així homogeneïtzar el seu maneig, ja que es tracta d'una patologia el seguiment de la qual recau fonamentalment a l'atenció primària. Vam preparar la presentació entre la tutora responsable, els tres residents de medicina i la resident d'infermeria de la unitat bàsica assistencial. Vam fer recerca bibliogràfica compartida en format *drive*, i vam seleccionar les guies i articles més rellevants, conjuntament, i vam repartir els apartats i elements clau per explicar-los. Vam revisar conjuntament el contingut de tots els membres del grup i vam aportar-hi idees de millora.

De cara a la difusió a la resta de l'equip vam combinar formació teòrica i pràctica amb jocs (puzles, *role-playing*, casos clínics) i de forma dinàmica.

En acabar la sessió vam fer l'avaluació interna de com havia anat el procés, vam destacar els punts forts i els febles, i també vam passar enquesta de satisfacció als companys.

Conclusions: ha estat una experiència molt enriquidora a nivell professional i personal, amb molt bona acollida dels residents. Ha fomentat la bona relació entre tutora i residents, i l'aprenentatge els uns dels altres.

Aplicabilitat: és una experiència fàcilment reproduïble en altres entorns docents.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ESTHER RIBES MURILLO
LIDIA MONTULL NAVARRO
PILAR VAQUÉ CASTILLA
XAVIER ICHART TOMÀS
ALBA BELLÉS BELLÉS
SÒNIA GARRIDO CALVO

Contacte:
eribes.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8712

Comunicació:
PÒSTER

Programa d'optimització antibiòtica: adequem antibiòtics, millorem l'ecosistema

Objectius: avaluar l'impacte d'un Programa d'Optimització Antibiòtica en atenció primària (PROA-AP) en el consum de ciprofloxacina, norfloxacina, amoxicil·lina/àcid clavulànic, fosfomicina i nitrofurantoïna, i en la prevalença de soques d'*Escherichia coli* resistent a ciprofloxacina (*E. coli* ciproR), amoxicil·lina/àcid clavulànic (*E. coli* amcR) i d'*E. coli* betalactamasa d'espectre estès (*E. coli* BLEE) en urocultius.

Pacients i mètodes: estudi quasiexperimental ecològic en 23 centres de salut que atenen a 353.000 habitants. L'activitat PROA-AP s'inicià el desembre de 2016 amb la implementació d'un protocol per a les infeccions urinàries.

Es calcularen les dosis diàries definides per 1.000 habitants/dia trimestrals (DHD-t) de ciprofloxacina, norfloxacina, amoxicil·lina/àcid clavulànic, nitrofurantoïna i fosfomicina, i la prevalença trimestral d'aïllats d'*E. coli* ciproR, *E. coli* amcR i *E. coli* BLEE (percentatge d'aïllats resistents/totals) en els urocultius entre el primer trimestre de 2014 i el primer trimestre de 2023.

Per avaluar l'efecte del PROA-AP s'han utilitzat models ARIMA sobre les DHD-t dels antibiòtics i les prevalències trimestrals d'*E. coli* resistents. S'han expressat els efectes del PROA-AP immediats i a llarg termini amb l'interval de confiança del 95% (IC95%).

Resultats: el PROA-AP ha reduït de forma significativa la DHD-t de norfloxacina a l'inici del programa (-0,063, IC95%: -0,103 - -0,023) i de ciprofloxacina i norfloxacina a llarg termini, amb un canvi de tendència en les DHD-t de -0,015 (IC95%: -0,018 - -0,012) i -0,007 (IC95%: -0,010 - -0,004), respectivament. També ha augmentat de forma significativa la DHD-t de fosfomicina a l'inici del PROA-AP (0,0090, IC95%: 0,0003 - 0,0176) i a llarg termini, amb un canvi de tendència en les DHD-t de 0,0011 (IC95%: 0,0005 - 0,0018). Els canvis en la DHD-t d'amoxicil·lina/àcid clavulànic i de nitrofurantoïna no van ser significatius.

El PROA-AP ha reduït de forma significativa la prevalença trimestral d'aïllats d'*E. coli* ciproR i *E. coli* BLEE, i ha provocat un canvi de tendència de -0,887 (IC95%: -1,026 - -0,748) i de -0,146 (IC95%: -0,183 - -0,109), respectivament.

Conclusió: el PROA-AP ha millorat la prescripció antibiòtica, ha disminuït el consum de ciprofloxacina i norfloxacina, i ha augmentat la fosfomicina. Aquesta millora en la utilització dels antibiòtics ha reduït l'*E. coli* ciproR i l'*E. coli* BLEE.

SERGIO JIMÉNEZ VALERO
ESTER ORIOL MARTÍ
MARIA FERNÁNDEZ RAMÍREZ HIDALGO
LIDIA MONTULL NAVARRO
SONIA GARRIDO CALVO

Contacte:
sjv95@outlook.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8714

Comunicació:
PÒSTER

La relación entre el retraso diagnóstico de malaria en una zona no endémica de malaria y la posibilidad de presentar malaria con criterios de gravedad

El objetivo del estudio es analizar si la consulta previa en atención primaria (AP) en una zona no endémica es un factor de riesgo para presentar malaria con criterios de gravedad. De manera secundaria se evalúa si el retraso en el diagnóstico es un factor de riesgo de malaria grave. De esta forma, se describen las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados en dicha zona entre los años 2012 y 2018.

Se incluyen pacientes mayores de 16 años diagnosticados de malaria en una zona no endémica entre enero de 2012 y diciembre de 2018. Todos los datos han sido anonimizados de manera correcta en una base de datos estandarizada. Se analizan datos sociodemográficos (sexo, edad y país de origen), clínicos (síntomas, signos y resultados analíticos), epidemiológicos (país de destino, días de estancia, días desde el regreso hasta el inicio de los síntomas), consulta previa en un centro de atención al viajero (CAV), toma o no de quimioprofilaxis y consulta previa a AP.

Durante los 7 años estudiados hubo 122 pacientes diagnosticados de malaria, de los cuales 29 (23,8%) presentaban criterios de gravedad. El 82,8% eran hombres y la edad media era de 37,7 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la toma o no de quimioprofilaxis completa en relación con presentar malaria con criterios de gravedad.

La consulta previa de AP en una zona no endémica de malaria no es un factor de riesgo para presentar malaria con criterios de gravedad y el retraso en el diagnóstico no parece ser estadísticamente significativo. Es necesario promover las visitas a los CAV y recomendar a los viajeros a zonas no endémicas la toma de quimioprofilaxis.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JUDIT HORNA VELÁZQUEZ
MARTA VALLS SALMERÓN
MIRIAM LLANO IZQUIERDO

Contacte:
judit.hornavel@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8716

Comunicació:
PÒSTER

No és només una adenopatia

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor inguinal.

Història clínica: enfocament individual

Antecedents patològics: home de 35 anys, natural de la Índia, amb hipertensió arterial i hipotiroïdisme sense tractament, i sense antecedents quirúrgics, acudeix sol a la consulta i amb una barrera idiomàtica important. Explica l'aparició d'una massa inguinal dreta, de temps indeterminat d'evolució, dolorosa des de fa 24 h. Afebril, nega relacions sexuals de risc, no explica cap altra simptomatologia. En l'exploració física es palpa massa a nivell inguinal dret de 2 cm de diàmetre, no reductible.

Davant la sospita d'hèrnia incarcerationada, es fa una ecografia abdominal a nivell hospitalari, que informa d'adenopatia inguinal dreta de 15 mm de diàmetre. Es deriva novament al pacient a l'ambulatori per continuar l'estudi. Quan es reinterroga explica l'aparició d'una lesió ulcerada, no dolorosa i de mida petita en gland, de pocs dies d'evolució, i novament nega relacions sexuals de risc.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: es fa una anàlítica amb serologies d'infeccions de transmissió sexual amb el consentiment verbal del pacient, amb proves treponèmiques positives (TPHA: 1/320), reagíniques positives (RPR: 1/2) i anticossos específics per a *Treponema pallidum* positius.

Tractament, plans d'actuació: s'administra una dosi de penicil·lina G benzatínica 2,4 MUI intramuscular per orientació diagnòstica de sífilis primària.

Evolució: a les 24 h de l'administració del tractament antibiòtic, el pacient consulta a urgències per febre, cefalea i malestar general. S'orienta el quadre com a possible reacció de Jarisch-Herxheimer, que es resol després de tractament amb antipirètics.

Conclusions

Les malalties de transmissió sexual són un problema de salut pública important, amb un increment en la seva incidència en els darrers anys. Aquest cas ens fa reflexionar sobre la importància d'una anamnesi i una exploració física completes a l'hora de diagnosticar-les de manera precoc, malgrat les dificultats que ens puguem trobar, com en aquest cas la barrera idiomàtica important.

BENOÎT MAURICE BIDWELL POZA
MARIA BOIX I TORNS
CLARA NIELL ESPACHS
ÍNGRID SANJUAN SAMPIETRO

Contacte:
benoitbidwell@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8717

Comunicació:
PÒSTER

Tuberculosi en població sense sostre en centre d'acollida

Objectius de l'experiència: cribrar pacients de contactes de tuberculosi activa en un centre d'acollida de gent sense sostre (la Sopa). Al mateix temps, estimar les dificultats que comporta fer un estudi de contactes en aquest tipus de població.

Descripció de l'experiència: l'estudi es va dur a terme arrel d'un cas font de tuberculosi activa que habitava a la Sopa. Dins la Sopa hi ha moltes persones sense llar que hi conviuen, pel que vam creure que era important cribrar per evitar un major nombre de contactes. Es va trucar a qualsevol membre que es considerés contacte (>15 minuts parlant amb el cas font en un període de 15 dies). Només es van poder contactar 4 persones. Es va preguntar per factors de risc i símptomes. Es va comprovar a la història clínica si havien realitzat alguna vegada la prova de la tuberculina (PPD), si estaven vacunades o si havien estat infectades per la tuberculosi en algun moment. A totes aquelles persones sense PPD positiva prèvia, se les va citar al centre d'acollida per realitzar el cribratge mitjançant la PPD.

Conclusions: només es va aconseguir que tres realitzessin la PPD, fet que palesa la dificultat que comporta contactar amb aquest tipus de població des del centre d'atenció primària. També val a dir que les persones convocades van aparèixer i tots van donar positiu a la prova. No podem saber si realment les proves PPD positives van ser degudes al cas font o si ja hi havien estat en contacte en el passat.

Aplicabilitat: dintre de la medicina comunitària, aquest estudi pot tenir aplicabilitat, donat que la tuberculosi és una malaltia molt prevalent i molt contagiosa, i les seves xifres s'incrementen en aquest tipus de població (sense sostre o en condicions de vida insalubres).

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

VIOLETA URIACH TIMONEDA
SARA OBELLEIRO NADAL
ANNA ICHART TOMÁS
MARTA DE LA BARRERA PUJOL

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8718

Comunicació:
PÒSTER

Rehabilitació, millor al centre

Objectius de l'experiència: evidenciar la importància de millorar els circuits de rehabilitació i apropar-los a l'atenció primària (AP).

Descripció de l'experiència: en el nostre centre vam detectar l'enorme espera que hi havia per fer rehabilitació. Per exemple, hi ha molts pacients treballadors d'escorxadors, generalment homes joves laboralment actius, i que consulten sovint per omàlgies i lumbàlgies, principalment. Com no poden fer una rehabilitació de manera àgil, això els suposa més temps de baixa, més baixes, més medicació, més visites i el malestar del pacient, que és el factor més important.

Recentment s'ha incorporat a l'equip una fisioterapeuta, destinada principalment a realitzar activitats grupals de síndromes/patologies d'alta prevalença i de baixa complexitat.

Generem una visita virtual; ella revisa el cas, i si ho veu pertinent truca o fa una primera visita de contacte. Si pot, inclou el pacient en un grup si hi està d'acord. Això permet tenir una resposta àgil a l'elevada demanda.

Conclusions: agilitzar la rehabilitació ha permès minimitzar el malestar dels pacients, les lesions més greus, i promou i millora l'autonomia, redueix les possibles cronificacions i secundàriament també ha reduït, creiem, les visites mèdiques, el consum farmacològic i les baixes. Estem pendents de tenir resultats per arribar a conclusions més fermes. Ha permès millorar la satisfacció de pacients i dels sanitaris, ja que l'espera generava una elevada frustració. Els pacients o les patologies que no compleixin els criteris es deriven en el circuit extern del CAP amb molta menys demora, ja que la fisioterapeuta ha assumit gran part de les derivacions.

La fisioterapeuta ha participat en activitats i grups de treball del centre, enriquint-los, afavoreix el *feedback* perquè comparteix informació de rellevància i optimitza els recursos i l'aprenentatge.

Aplicabilitat: el retard en les sessions de fisioteràpia és un problema àmpliament distribuït. Invertir recursos per agilitzar-les i fer-ho a l'atenció primària és clau.

ORLANDO GAMBOA RODRÍGUEZ
JAVIER GARCÍA ASTORGA
GEMMA PASCUAL SOL

Contacte:
ogamboa.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8721

Comunicació:
PÒSTER

Sed intensa en urgencias a las 3 de la mañana. ¡No todo es ansiedad!

Àmbit del cas: servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mujer de 28 años que presenta polidipsia y poliuria de inicio súbito. De 2 semanas de evolución y consumiendo 6-7 l/día de agua fría. Previamente, le habían diagnosticado potomanía y ansiedad.

Acude de madrugada por la repercusión de los síntomas en su vida diaria. En la anamnesis manifiesta un inicio abrupto de los síntomas y el deseo intenso de calmar la sed con líquidos, preferentemente fríos. La analítica mostró glicemia normal de 87 mg/dl y leve hipopotasemia. Osmolalidad sérica 274 mOsm/kg [280-305], filtrado glomerular normal. Urea baja y en orina normal baja. Osmorina 209 mOsm/kg [300-900], naorina 18,8 mmol/l [40-220], korina 27,5 mmol/l [110-250].

Evolución: ante estos resultados y la estabilidad hemodinámica se da de alta de urgencias con solicitud de visita por endocrinología. Valorada los días posteriores, con permanencia de los síntomas. Se solicita analítica más completa y se corrobora una diuresis de 5,83 l/24 h y se cita para realizar test de la sed.

Juicio clínico: diabetes insípida. Pendiente de disponer de resultado del test de la sed.

La diabetes insípida central es un síndrome que resulta de la pérdida o deterioro de la función de las neuronas vasopresinérgicas en el hipotálamo/pituitaria. Ello origina un deterioro de la síntesis o de la secreción de la hormona vasopresina, lo que causa un aumento de la diuresis hipotónica, trastornos hidroelectrolíticos y sed compensatoria (polidipsia).

Diagnóstico diferencial: la polidipsia primaria, la diabetes insípida central y la nefrogénica se asocian con aumento de la ingesta y eliminación de agua con excreción de orina diluida. Para diferenciarlas se indica el test de restricción hídrica o infusión de solución salina hipertónica, y la determinación de niveles de vasopresina (técnica poco disponible).

Conclusiones: se pone de manifiesto la importancia de realizar las pruebas complementarias que permitan discernir el proceso diagnóstico frente a un caso de polidipsia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

GEORGINA GOLACHI IONESCU

Contacte:

georginagolachi@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8722

Comunicació:

PÒSTER

No sempre són les extremitats

Àmbit: primària, urgències.

Motiu de consulta: cordó endurat abdominal.

Antecedents: càncer de pulmó de cèl·lula no petita amb lobectomia del lòbul inferior dret fa 2 mesos, pendent d'iniciar quimioteràpia adjuvant, ferropènia, trombosi venosa profunda de l'extremitat inferior esquerra en el context d'embaràs, fa 40 anys.

Tractament habitual: ferro oral i paracetamol.

Dona de 72 anys consulta per eritema i palpació de cordó endurat a nivell hipogàstric de 7 dies d'evolució. Nega viatges recents. Té vida activa i camina uns 60 min diaris. Nega dispnea o dolor toràcic.

En l'exploració física destaca auscultació cardiopulmonar normal, polsos presents i simètrics, taquicàrdia de 100 bpm. A nivell abdominal destaca eritema cutani a nivell de l'hipogàstri, coincidint amb palpació de cordó abdominal d'uns 10 cm.

Es realitza un electrocardiograma en què s'observa taquicàrdia sinusal, sense signes suggestius de tromboembolisme pulmonar. Se sol·licita derivació al servei d'urgències de referència per descartar trombosi profunda o tromboembolisme pulmonar associat. Es realitza anàlítica sanguínia amb hemograma dins de la normalitat, coagulació sense alteracions, dímer D positiu. En la radiografia de tòrax s'aprecia elevació de l'hemidiafragma dret en el context de lobectomia. Se sol·licita ecografia Doppler d'extremitats venoses i abdomen, en què s'objectiven varius hipogàstriques trombosades, sense signes de trombosi venosa profunda.

S'orienta el cas com a trombosi de venes hipogàstriques d'origen multifactorial, procés neoplàsic actiu i probable predisposició a esdeveniments trombòtics. Es planteja un diagnòstic diferencial amb la malaltia de Mondor.

Es realitza tractament amb ibuprofèn i heparina de baix pes molecular (HBPM) ajustada per al pes durant 10 dies, amb resposta clínica completa.

Els fenòmens trombòtics, tot i que de manera poc freqüent, poden afectar altres territoris a part de les extremitats i les artèries pulmonars. L'ecografia Doppler pot ser d'ajuda per al seu diagnòstic. La resolució dels quadres pot requerir d'heparina o antiinflamatoris. Com és una entitat infreqüent, la malaltia de Mondor pot passar inadvertida i els pacients poden ser infradiagnosticats.

LAIA LLUBES ARRIÀ

CECILIA BAÑERES ARGILÉS

M. ASSUMPCIÓ FLORENSA FLIX

NATALIA MATEU CANTARELL

ENRIQUE APARICIO BAÑERES

BLANCA MANUEL MARTÍ

Contacte:

laiallubes@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8723

Comunicació:

PÒSTER

Estudi descriptiu transversal sobre el nivell d'activació de pacients pluripatològics de tres centres d'atenció primària de la província de Lleida

Objectiu: determinar el nivell d'activació dels pacients crònics pluripatològics de tres centres d'atenció primària de la província de Lleida.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal en adults ≥ 18 anys diagnosticats amb pluripatologies cròniques que pertanyen a tres centres d'atenció primària de la província de Lleida. Es van estudiar les variables sociodemogràfiques (edat, sexe, lloc de naixement i situació laboral) i les variables sobre l'estat de salut (hàbits alimentaris, activitat física, tabaquisme, alcohol i malalties cròniques). Es van tenir en compte els principis ètics de la Declaració d'Hèlsinki per a la investigació sobre subjectes humans. A més a més, es va rebre l'aprovació del Comitè Ètica de Recerca de l'IDIAP J Gol amb el codi 22/141-P. La participació va ser voluntària i va requerir el consentiment informat dels i les participants.

Resultats: d'un total de 43 pacients avaluats, entre 45 i 88 anys, amb una mitjana de 69,12 anys, 23 (53,49%) eren dones i 20 (46,51%), homes. La puntuació mitjana de la Patient activation mesure 13 (PAM 13) va ser de 64,75. Segons el nivell d'activació dels pacients pluripatològics es van obtenir un total de 3 (6,98%) de nivell 1, 9 (20,93%) de nivell 2, 19 (44,19%) de nivell 3 i 12 (27,91%) de nivell 4. Van presentar diabetis *mellitus* de tipus 2 26 pacients (60,47%), hipertensió arterial 37 pacients (86,05%), insuficiència renal crònica 12 pacients (27,91%), dislipèmia 25 pacients (58,14%), malalties osteomusculars 18 pacients (41,86%) i obesitat 19 pacients (44,19%).

Conclusions: l'activació dels pacients pluripatològics de l'estudi és mitjana, és a dir, mostren una confiança limitada i estan començant a prendre mesures per mantenir i millorar la salut. Són necessaris futurs estudis que confirmin i apliquin els nostres resultats.

Finançament extern: beca de recerca del COILL 2022.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DÍDAC PARRAMON
MARTINA AGUSTÍ TURON
ANNA CORRAL TOMÁS

Contacte:
dparramont.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8724

Comunicació:
PÒSTER

La llum de Wood: una eina útil a la consulta d'atenció primària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: home de 32 anys consulta per lesions dèrmiques a la zona anterior del tòrax, des de fa 1 mes, asimptomàtiques però persistents.

Història clínica

Antecedents: asma intermitent lleu, exfumador des de fa 2 anys.

Exploració: lesions de tipus màcula de color rosat amb discret collaret descamatiu a la regió anterior del tòrax, sense creixement progressiu i asimptomàtiques.

Diagnòstic diferencial: pitiriasi versicolor, pitiriasi rosada de Gibert, tinya *corporis* i dermatitis seborreica.

Proves complementàries: utilitzem la llum de Wood, i es constata fluorescència groc brillant.

Judici clínic: no ha tingut cap virus anterior i les lesions no tenen distribució en arbre de Nadal per tot el tronc, ni arrel d'extremitats, per pensar en una pitiriasi rosada de Gibert. No presenta marge actiu ni curació central per pensar en una tinya. No presenta descamació al cuir pilós per pensar en una dermatitis seborreica. La distribució de les lesions i el color groc brillant a la llum de Wood ens orienta a una pitiriasi versicolor.

Tractament: clotrimazole crema i gel de sulfur de seleni durant 15 dies.

Evolució: remissió del quadre.

Conclusions i aplicabilitat

La llum de Wood és una tècnica poc utilitzada, però útil, econòmica i de fàcil ús a les consultes d'atenció primària. Només cal aplicar la llum sobre la pell a una distància de 10-15 cm en una habitació fosca, deixar escalfar durant 1 minut i observar el color de la fluorescència de les lesions. Es veu millor si el pacient no s'ha dutxat. La fluorescència ens pot orientar millor el diagnòstic, per exemple, el vitiligen és blau-blanc brillant, les efèlides són marró fosc, l'acne és vermell-taronja, l'eritrasma, vermell corall, la pitiriasi versicolor, groc-groc coure, la tinya *capitis* per *Microsporum canis* és blau-verd brillant, i per *Microsporum gypseum* és groc pàl·lid.

MIREIA GARCÍA-VILLARRUBIA MUÑOZ
IRENE MARSAL NAVARRO
MARINA CELMA BERTRAN
CLAUDIA ESTHER GUIZADA CHOQUE

Contacte:
mgvillarubia.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8725

Comunicació:
ORAL

Passeig comunitari amb els residents

Apropar la salut comunitària als nousvinguts organitzant un passeig comunitari per part dels residents grans, així com millorar la coneixença entre nousvinguts tant de medicina com d'infermeria.

Els residents de darrer any plantegen com s'organitzarà el passeig comunitari. Es realitza una benvinguda on es fa una presentació i es teixeix una xarxa entre nosaltres. Es realitza un pretest sobre temes de medicina comunitària, seguit d'una sessió on es presenta el CAP, la distribució geogràfica dels pacients i els barris assignats. Es donen dades del diagnòstic de salut quantitatiu i sortim al carrer.

Primer es visita el centre cívic assignat. La directora ens presenta com funciona i comenta les activitats que realitzen. Posteriorment es realitza un passeig fins al barri més llunyà del centre, per veure possibles barreres arquitectòniques, de mobilitat dels residents i els possibles actius en salut dels mateixos barris. Seguidament es visita l'associació de veïns d'un altre barri que ens presenta el local i totes les activitats que es realitzen per poder-les tenir presents a l'hora de fer prescripció social. Així entenem l'associació com un agent de salut més a tenir en compte. Finalment es realitza un posttest i una avaluació conjunta.

Abans del passeig, el 60% dels participants no sabien què era un actiu de salut. Només un 14% sabien identificar un actiu. Al final, el 100% de persones sabien què era un actiu de salut i un 80% n'identificaven algun. Abans de l'activitat, només un 28% dels participants tenien coneixement de l'àrea bàsica de salut i dels recursos comunitaris, i al final el 100% els coneixien.

El passeig comunitari és una experiència que ajuda a acostar els nous residents a la comunitat. Fa que coneguin de prop els diferents recursos i actius de salut. És una bona eina per donar la benvinguda als residents i fa xarxa entre els professionals de medicina i infermeria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

VIOLETA URIACH TIMONEDA
ANNA NIERGA LLANDRICH
ESTEL CALL ALSINA
ANNA RÀFOLS CRESTANI

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8726

Comunicació:
PÒSTER

Abans de rebutjar-me, visita'm

Objectius de l'experiència: evidenciar la sobrecàrrega que suposen les derivacions rebutjades.

Descripció de l'experiència: en el nostre equip hem detectat un increment de derivacions rebutjades per part dels especialistes hospitalaris. Els motius són que en el text falta alguna dada, encara que aquesta es pugui consultar en el curs clínic, els documents d'usuari o la recepta electrònica, o perquè consideren, sense visitar el pacient, que és d'una altra especialitat. Uns exemples:

Dona de 68 anys derivada per sospita de carcinoma espinocel·lular, i rebutjada presencialment perquè volen visitar-la per via de teledermatologia.

Home de 56 anys derivat per metgessa referent a neurologia i a psiquiatria, rebutjat per ambdues especialitats i atribueixen la clínica a l'altra especialitat, sense visitar-lo cap de les dues especialitats.

Dona de 76 anys que de manera sobtada presenta gonàlgia limitant. Des d'atenció primària se li realitzen les exploracions, estudis i visites pertinents, infiltracions, radiografia, ressonància magnètica i múltiples ajustaments farmacològics. Rehabilitació. La pacient consulta, reconsulta i insisteix. Tot i presentar una clara millora clínica, segueix consultant a l'espera de poder-se visitar amb el traumatòleg, per a ella és imprescindible. La pacient, en els darrers 5 mesos, ha consultat fins a 23 vegades per aquest motiu, tot i la millora clínica.

Conclusions: quan un especialista de primària deriva, ja sigui per criteris pròpiament mèdics, dubtes o claudicació, com els exemples exposats, hauria d'estar prohibit rebutjar derivacions sense, com a mínim, visitar els pacients. Detectar, revisar les derivacions rebutjades i valorar una nova derivació és una sobrecàrrega burocràtica per al metge de família totalment evitable.

Algunes derivacions es poden perdre i sempre suposa un retard.

Aplicabilitat: cal generar circuits que funcionin pensant en el pacient i en tots els nivells, i no centrant-nos en l'hospital. Això és clau i aplicable a tots els centres.

El col·lapse hospitalari no se soluciona rebutjant derivacions sense visitar els pacients i això pot suposar un risc per a ells.

OLGA FARGAS CODINA
MARIA DEL MAR HUERCIO PUENTES
DANIEL CARRILLO CANALES

Contacte:
ofcodina@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8727

Comunicació:
PÒSTER

No et deixis enganyar per l'odinofàgia!

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària, otorrinolaringologia.

Motius de consulta: odinofàgia, febre, neoplàsia laterocervical dreta.

Història clínica

No refereix antecedents personals rellevants.

Anamnesi: noia de 17 anys que presenta odinofàgia, febre de 39 °C, neoplàsia laterocervical dreta i important trisme.

Exploració física: 37,5 °C, 80 bpm, tensió arterial de 110/80 mmHg, 14 rpm, saturació d'oxigen del 100% (aa). Neoplàsia laterocervical dreta de 4 cm x 4 cm, de consistència dura, dolorosa, sense canvis de l'aspecte de la pell. Sense altres adenopaties.

Orofaringe: hiperèmica amb hipertròfia de les amígdals, sense plaques ni exsudat.

Proves complementàries: anàlítica sanguínia: leucocitosi 15.000, proteïna C reactiva 81 mg/l. Faringotest negatiu. Tomografia computada (TC) cervical: adenopatia abcesificada. PCR per a parotiditis negatiu; serologies de citomegalovirus i virus d'Epstein-Barr negatives. Cultiu per punció amb aspiració amb agulla fina (PAAF) de l'adenopatia: positiu per fusobacteris.

Judici clínic: adenitis abcesificada per fusobacteris.

Diagnòstic diferencial: faringoamigdalitis bacteriana, vírica, adenitis, mononucleosi, angina de Vincent.

Identificació de problemes: diagnòstic diferencial complicat.

Tractament i plans d'actuació: antibiòtic endovenós, corticoteràpia i drenatge quirúrgic.

Evolució: es va derivar al servei d'otorrinolaringologia d'urgències que van realitzar TC cervical i PAAF. Finalment, com que no va millorar amb antibiòtic endovenós, es va requerir drenatge quirúrgic.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família):

1. El quadre clínic d'odinofàgia i febre pot tenir un diagnòstic diferencial ampli. 2. Segons la situació clínica i les plaques visualitzades a l'amígdala podem orientar una possible etiologia. 3. Cal recordar que un faringotest negatiu no descarta faringoamigdalitis bacteriana. Hi ha altres bacteris aerobis i anaerobis que poden causar-la.

IRIS NOVELLA TRILLA
ROXANA VARGAS RAMÍREZ
ALBA ROSICARDA MARÍN
RAQUEL LANGARITA LLORENTE
MARTA HERNÁNDEZ ANDREU
INÉS CRUZ ESTEVE

Contacte:
irisnovella@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8728

Comunicació:
PÒSTER

Estudi descriptiu d'incidències registrades en la recollida de mostres al laboratori durant 4 mesos dels anys 2022 i 2023

Objectiu: comparar el nombre d'incidències en la recollida de mostres (d'orina i de femta) al servei de laboratori de l'hospital de referència d'un centre d'atenció primària.

Material i mètodes

Disseny: estudi descriptiu transversal.

Àmbit de realització: centre d'atenció primària urbà. Es recullen dades del febrer al maig del 2022 i del 2023.

Subjectes inclosos: pacients assignats al centre, als quals se'ls han fet anàlisis en el període d'estudi.

Variàbles: tipus de mostra (d'orina o femta) i mostres no rebudes registrades.

Font de dades: aplicació ProSp on es recullen les incidències relacionades amb el lliurament de mostres d'orina o femta.

Anàlisi estadística: anàlisi descriptiva univariant.

Limitacions: manca de registre pel professional.

Resultats

Durant els 4 mesos analitzats del 2022 es van registrar 31 incidències i durant els 4 mesos analitzats del 2023 es van registrar 50 incidències. El nombre d'incidències registrades per manca de mostres en els mesos de febrer, març, abril i maig del 2022 van ser 5, 2, 7 i 17, respectivament. El nombre d'incidències registrades en els mesos del mateix període de febrer a maig del 2023 van ser 9, 10, 10 i 21, respectivament.

Conclusions

Els resultats globals ens mostren que han augmentat el nombre d'incidències enregistrades en l'aplicació ProSp del 2022 al 2023. La sol·licitud de laboratori és una feina que implica a tot l'equip d'atenció primària d'un centre, per tant, la necessitat de millora engloba diversos professionals, des del membre de la comissió de qualitat fins al referent de laboratori del centre (infermera), professionals de la medicina, auxiliar d'infermeria i gestió i serveis. La majoria de les incidències justifiquen accions de millora per no endarrerir el diagnòstic i el tractament oportú dels pacients.

LAURA ESTHER LEÓN RAMÍREZ
ANA PAULA LEAL
VANESSA ALEJANDRA OCCHIPINTI ROSALES

Contacte:
leonramirezmed@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8730

Comunicació:
PÒSTER

La importancia de la continuidad asistencial

Hombre de 21 años, con antecedente de trastorno del espectro autista, consulta en marzo en nuestro centro de atención primaria (CAP) acompañado por su madre, por astenia, fiebre de 38 °C, tos y expectoración purulenta de días de evolución. Se sospecha de sobreinfección respiratoria y se inicia tratamiento con amoxicilina. Acude días después por dificultad para deglutir los comprimidos y se cambia a la presentación en ampollas.

Reconsulta en abril por persistencia de fiebre, astenia y disnea. Se solicita una radiografía de tórax en la que se evidencia infiltrado suprahiliar derecho. Se inicia tratamiento con levofloxacina por sospecha de cobertura ineficaz para gérmenes atípicos.

En abril consultan en urgencias hospitalarias por escasa respuesta al tratamiento. Se realiza analítica general en la que destaca una leucocitosis de 23.000 con PCR de 161 mg/l y radiografía de tórax en la cual persiste el infiltrado suprahiliar. Es dado de alta con amoxicilina-ácido clavulánico.

Se vuelve a citar al paciente con radiografía de control y persiste el infiltrado suprahiliar. Se realiza nueva anamnesis y exploración física. La madre explica que desde marzo la pérdida es de hasta 12 kg de peso, con fiebre de predominio vespertino, sudoración nocturna y disfagia. En la exploración destacan adenopatías axilares de consistencia dura. Entonces se plantea como diagnóstico diferencial mononucleosis infecciosa o proceso linfoproliferativo con síntomas B.

Se activa unidad de diagnóstico rápido que solicita tomografía por emisión de positrones que confirma el proceso linfoproliferativo. Se biopsia el ganglio axilar, con resultado compatible con linfoma de Hodgkin clásico de tipo IV B. Se somete al paciente a tratamiento quimioterápico y radioterápico posterior.

Con este caso, queremos destacar la importancia de una correcta anamnesis y exploración física, que priorice que los pacientes sean visitados por su médico de atención primaria, y se preste atención adicional a los pacientes con limitación en la comunicación para que no pasen inadvertidos síntomas relevantes a la hora de diagnosticar patologías menos frecuentes, aunque malignas en la población joven.

KARLA ANTONIETA PEREDA LUNA
SERGI CALERO CAMPO

Contacte:
karlapl85@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8731

Comunicació:
PÒSTER

Ictus isquémico de la arteria cerebral media derecha con transformación hemorrágica. Presentación de un caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, sin relaciones familiares, con factores de riesgo cardiovascular que acudió al centro de atención primaria (CAP) en horario de punto de atención continuada (PAC) y refirió dificultad en la marcha y para hablar de al menos 12 horas de evolución. A su llegada, la paciente presentaba hemianopsia homónima izquierda, paresia facial izquierda con componente supranuclear y plejía braquiocrural izquierda. Hiposensibilidad hemicorporal izquierda por estímulo doloroso. Negligencia hemicorporal izquierda a doble estímulo táctil.

Desde el CAP se activó Código Ictus y se contactó con el servicio de emergencias (SEM) para traslado de la paciente a urgencias hospitalarias. Le realizaron pruebas complementarias de imágenes (tomografía computarizada craneal) que constataron ictus isquémico con transformación hemorrágica extensa, que condicionaba efecto de masa en el parénquima adyacente, por lo que se planteó inicialmente tratamiento quirúrgico. Teniendo en cuenta el área de lesión y las posibles secuelas, se decidió limitar el tratamiento debido a que contaba con un documento de voluntades anticipadas donde constaba ante notario que la paciente no deseaba quedar en situación de dependencia.

La sintomatología neurológica constituye una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. En la mayoría de los casos, los pacientes cuentan con patologías crónicas concomitantes y es un reto para el personal sanitario distinguir rápidamente los signos y síntomas que orienten a un posible accidente cerebrovascular. En un 6% de los casos se presenta una de las complicaciones más temida, la transformación hemorrágica, que es de elevada mortalidad o de elevada situación resultante de dependencia.

La decisión de los pacientes sobre aquellos cuidados y tratamientos que desean recibir o no en el futuro si se encuentran ante una determinada circunstancia es lo que se define como la autonomía del paciente, y es labor de todo personal sanitario estar al corriente de dichas voluntades y respetarlas.

LAILA AL-JOUJA LLORENTE
MARIA FERNANDA RAMÍREZ HIDALGO
MARTA PIFARRÉ ORTIZ

Contacte:
laljouja@gss.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8734

Comunicació:
PÒSTER

Miasis en viajeros: nódulos que no son lo que parecen

Hombre de 40 años que durante un viaje al Ecuador detecta la aparición de un nódulo en la zona escapular derecha con sensación de movimiento y pinchazos. Sin fiebre ni dolor. En la exploración física destaca un nódulo indurado con orificio central y mínima secreción serosa. Se sospecha un absceso, pero se deriva a medicina tropical porque el paciente refiere que en su país hay larvas de mosca que producen esas lesiones. Con el diagnóstico de miasis se realizó asfixia de la larva con vaselina y se cubrió la zona con un apósito durante 24 h. Posteriormente se extrajo la larva de forma manual. Remisión total de síntomas de forma progresiva sin secuelas.

La miasis es una condición dermatológica de etiología parasitaria que puede afectar a los viajeros en determinadas áreas geográficas, principalmente de América central, Sudamérica y África subsahariana. Se trata de una infestación de tejidos vivos por larvas de moscas que utilizan al humano como huésped incidental y en la exploración física se objetiva un nódulo con un orificio central (por donde la larva respira), que puede estar asociado a dolor, eritema, secreción y sensación de movimiento.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en asfixiar la larva y posteriormente extraerla de forma manual.

En resumen, la miasis representa un desafío dermatológico para los viajeros en regiones específicas. Su detección, reconocimiento y tratamiento en atención primaria es esencial para abordar adecuadamente esta condición parasitaria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ELISABET PORTAS GÓMEZ
MICHAEL MAXIMILIAN LOWAK
YAO XIAO

Contacte:
md079799@uic.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8736

Comunicació:
PÒSTER

Diagnóstico benigno para una disfonía crónica

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mujer de 91 años que consulta por disfonía progresiva y tos persistente.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, tromboembolismo pulmonar bilateral hace 5 años, hernia de hiato y artrosis generalizada.

Anamnesis: cuadro de 2 meses de evolución de disfonía progresiva asociado a tos, mucosidad y sensación disneica al mínimo esfuerzo, así como aparición en los 2 últimos días de dificultad para la deglución de líquidos, sin otra sintomatología a destacar.

Exploración: taquipnea con saturación de oxígeno del 93% al aire ambiente y auscultación pulmonar con roncus y sibilantes dispersos.

Enfoque individual: se orienta como una bronquitis aguda con mejoría lenta con el tratamiento habitual pautado.

En otorrinolaringología (ORL) se objetiva una parálisis de la cuerda vocal izquierda como causa de la disfonía. Una tomografía computarizada (TC) torácica muestra herniación masiva del diafragma con ascenso completo del estómago, el colon transversal y parte del páncreas al mediastino posterior. Además, el estómago presenta una volvulación incompleta organoaxial. Parte del cuerpo gástrico distendido queda al nivel de la carina y por debajo del cayado aórtico, en el trayecto del nervio recurrente laríngeo izquierdo. También condiciona pérdida de volumen en ambos pulmones y atelectasia pasiva de ambos lóbulos inferiores por la ocupación de la hernia diafragmática y la propia deformidad torácica.

Evolución y tratamiento: se escala tratamiento con antibioterapia y nebulizaciones con mejoría importante y normalización de exploración pulmonar.

Desde ORL se realiza inyección de ácido alendrónico para aproximar las cuerdas vocales con mejoría de la afonía.

Conclusiones

Como conclusión cabe destacar que hay diagnósticos de carácter benigno ante una sintomatología que puede resultar alarmante, además del hecho que una falta de respuesta al tratamiento habitual nos debe hacer sospechar un componente obstructivo pulmonar.

MARIA F. RAMÍREZ HIDALGO
LAURA GROS NAVÉS
LAURA ROURE CHIQUERO

Contacte:
mframirez.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8737

Comunicació:
PÒSTER

Viajeros intrépidos y mosquitos feroces: una batalla contra el dengue en el horizonte

Motivo de consulta: fiebre, mialgias y rash.

Historia clínica

Hombre de 60 años con antecedentes personales de diarrea crónica (colitis por divertículos) en tratamiento con rifaximina. Durante un viaje a Cuba de 15 días, por turismo no organizado, 5 días antes de su regreso inició odinofagia, cefalea retroorbitaria y fiebre. Refiere además mialgias y astenia intensa. Tras remitir la fiebre hace 2 días, inició rash generalizado no pruriginoso. Los contactos cercanos que realizaron el viaje estaban asintomáticos. En la exploración física destacaban lesiones maculopapulares en tronco, cara y extremidades, y el resto de la exploración fue normal. Se solicitó una analítica con una serología de dengue, que resultó positiva (IgG + IgM). Fue remitido a medicina tropical que realizó seguimiento y los síntomas remitieron tras 3 semanas.

Discusión: el dengue, una enfermedad viral transmitida por mosquitos, es un importante problema de salud pública en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo. Es transmitido principalmente por el mosquito *Aedes aegypti*, aunque también puede ser transmitido por el mosquito *Aedes albopictus*.

El diagnóstico del dengue se basa en una combinación de criterios clínicos y pruebas de laboratorio. Los síntomas característicos incluyen fiebre, cefalea con dolor retroorbitario, mialgias, artralgias y lesiones cutáneas. Durante la fase febril del dengue, los pacientes pueden presentar una erupción maculopapular generalmente localizada en tronco, extremidades y cara. En la exploración física, también se pueden objetivar petequias en diversas zonas del cuerpo y se puede asociar un signo del torniquete positivo. El diagnóstico definitivo se realiza mediante pruebas de laboratorio: determinación de PCR en la primera semana desde el inicio de los síntomas y mediante serología (IgG e IgM) si han pasado más de 7 días.

Conclusión

El dengue puede manifestarse a través de varios síntomas. El reconocimiento de estas manifestaciones en atención primaria, tras un viaje a una zona endémica, es crucial para la sospecha diagnóstica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CAROLINA TERRER ALZURIA
LAILA AL-JOUJA LLORENTE
MARTA SÁNCHEZ MEDINA

Contacte:
cterrer@gss.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8738

Comunicació:
PÒSTER

Piodermitis en viajeros: un *souvenir* poco deseado

Motivo de consulta: pústulas, nódulos y úlceras recurrentes

Caso clínico: hombre de 29 años, sin antecedentes de interés, natural de Gambia, que ha realizado un viaje a su país durante 2 meses. Refiere aparición de pústulas en extremidades inferiores, que evolucionan a nódulos o úlceras que se autoresuelven, pero recurren. Sin fiebre. En la exploración física destacan pústulas y úlceras en diferentes estadios evolutivos. Se realizó consulta a medicina tropical que recomendó tratamiento con doxiciclina 7 días y baños con povidona yodada jabonosa durante 2 semanas. Las lesiones remitieron y el paciente permaneció asintomático durante el seguimiento.

Discusión: la piodermitis es una complicación común que los viajeros pueden enfrentar al explorar diferentes destinos, especialmente de África o Asia. Se puede presentar de varias formas (impétigo, ectima, forúnculo, carbunco, foliculitis) y no es infrecuente la formación de abscesos o úlceras recurrentes. *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* son los agentes etiológicos más frecuentes. En algunos países es elevada la presencia de *S. aureus* resistente a la meticilina (MRSA) comunitario y en ocasiones el *S. aureus* es portador de un gen que codifica leucocidina de Pantón-Valentine, toxina que le otorga virulencia y alta probabilidad de recurrencia.

El tratamiento implica el uso de antibióticos adecuados según la susceptibilidad bacteriana y la gravedad de la infección. Si realizamos un tratamiento empírico, dada la prevalencia elevada de cepas de MRSA, se recomienda doxiciclina, clindamicina o cotrimoxazol, además de baños diarios con antiséptico jabonoso durante 2 semanas para realizar una descolonización cutánea y así evitar recurrencias. Si se detecta *S. aureus* se puede plantear determinar el estado de portador nasal y realizar una descolonización con mupirocina tópica.

En resumen, la piodermitis en viajeros es una complicación frecuente durante los viajes. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones y asegurar una recuperación completa.

LAURA GROS NAVÉS
ALBERT ASENSIO MAIALS
MARIA F. RAMÍREZ HIDALGO

Contacte:
lgros@gss.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8739

Comunicació:
PÒSTER

Aventuras cutáneas en viajes: el recorrido de la larva *currrens*

Motivo de consulta: lesiones cutáneas.

Historia clínica: hombre de 35 años, natural de Colombia. En España desde hace 4 años. Sin antecedentes de interés. Refiere que en zona abdominal presenta unas lesiones serpiginosas urticariformes que aparecen y desaparecen cada 4 días aproximadamente desde hace años. También refiere disnea esporádica. En la exploración física se observan restos de la última lesión urticariforme y serpiginoso en el abdomen, actualmente en resolución. Analítica con inmunoglobulina (Ig) E 329 y eosinófilos relativos 8,6%. Con la sospecha de filariasis se derivó a medicina tropical que finalmente diagnosticó de larva *currrens* secundaria a una infección crónica por *Strongyloides stercoralis*. Se realizó tratamiento con ivermectina, con resolución de los síntomas y de la eosinofilia en la visita control de 3 meses.

Discusión: la larva *currrens* es causada por la infección del parásito *S. stercoralis*, que se encuentra comúnmente en áreas tropicales y subtropicales. Se trata de una infección crónica característica de viajeros o habitantes en zonas endémicas que han estado en contacto con tierra húmeda. Cuando las larvas migran a la piel sana, pueden causar un sarpullido serpenteante y pruriginoso además de otras manifestaciones sistémicas que pueden ser bastante inespecíficas. El tratamiento implica la administración de ivermectina para eliminar las larvas y prevenir complicaciones futuras, como la hiperinfestación o la diseminación, complicaciones que tienen una mortalidad elevada y se manifiestan cuando pacientes con una estrongiloidiasis crónica reciben un tratamiento inmunosupresor.

En resumen, la larva *currrens* es una manifestación clínica de una enfermedad crónica provocada por el *S. stercoralis*. Saber reconocer este tipo de lesión es crucial para la sospecha diagnóstica. Con un tratamiento adecuado se pueden evitar las complicaciones graves que pueden acompañar a la enfermedad.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BERTA BERTRANS VILARÓ
SÍGRID BONVEHÍ NADEU
DANIEL CARRILLO CANALES

Contacte:
bbertransvilaro24@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8740

Comunicació:
PÒSTER

A vegades fer menys, significa fer més

Acudim al domicili d'una dona de 95 anys per davallada funcional de 24 hores d'evolució. El fill ens explica que li costa parlar i té la mirada desviada a l'esquerra. Com a antecedents destaquen hipertensió arterial, fibril·lació auricular anticoagulada, fractura de fèmur esquerre l'any anterior i deteriorament cognitiu moderat progressiu en els darrers anys. La pacient viu al domicili amb el seu fill i és dependent per a totes les activitats bàsiques de la vida diària arrel de la fractura de fèmur de fa un any.

En l'exploració física destaca tendència a la somnolència, desviació de la mirada a l'esquerra, hemiplegia de l'hemicòs dret i hemianòpsia dreta. S'orienta com a probable accident cerebrovascular agut. En el context actual de la pacient es decideix, de manera consensuada amb la família, no realitzar derivació hospitalària. S'explica la possibilitat d'evolució desfavorable a curt termini. El dia següent al matí s'acut a domicili on s'objectiva empitjorament clínic, motiu pel qual s'inicia sedació pal·liativa.

L'adequació de l'esforç terapèutic al final de la vida d'un pacient s'ha de considerar en casos en què hi hagi una escassa possibilitat de resposta a tractaments. Això implica un canvi en l'estratègia terapèutica que suposa la retirada o la no instauració d'algun procediment o tractament. És important preparar el pacient i la família amb tota la informació necessària per tal de prendre decisions compartides i evitar pràctiques clíniques de baix valor i, en conseqüència, el sobretractament, i en molts casos la iatrogènia.

És en aquests casos quan el paper del metge o metgessa de família és especialment rellevant, ja que és qui, gràcies a l'atenció longitudinal dels pacients, coneix millor les característiques, les necessitats i el seu entorn, de manera que és capaç d'establir una relació de confiança amb pacient/família per tal de prendre les decisions més acurades.

BERTA BERTRANS VILARÓ
OLGA FARGAS CODINA

Contacte:
bbertransvilaro24@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8741

Comunicació:
PÒSTER

La pitjor cefalea de la meua vida

Dona de 30 anys que consulta per cefalea. No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents d'interès. Refereix cefalea de 3 dies d'evolució, que es va iniciar després de realitzar exercici físic intens. Explica un inici de la cefalea occipital, amb sensació d'instabilitat que persisteix. El dia de la visita inicia diplopia. Refereix que ha pres antiinflamatoris a domicili amb escassa millora.

En l'exploració física destaca ptosi de parpella dreta i midriasi dreta poc reactiva. Es decideix derivació a urgències hospitalàries per la cefalea amb signes d'alarma. A urgències es realitza una tomografia computada (TC) cranial on s'evidencia una hemorràgia subaracnoidal. La pacient es deriva a un centre de tercer nivell, on es realitza una angiografia i s'objectiva un aneurisma d'artèria comunicant posterior que es tracta endovascularment. Al cap de 15 dies, donada la bona evolució, és donada d'alta amb tractament antiagregant.

Les cefalees són un dels motius més freqüents de consulta d'atenció primària. Tot i que la gran majoria de les cefalees que veiem a les consultes i a urgències són migranyes o cefalees a tensió, és a dir, cefalees primàries, és important identificar els signes i símptomes d'alarma que ens fan sospitar d'una cefalea secundària potencialment greu (inici sobtat o en tro, desencadenada per la tos, l'activitat física o Valsalva, empitjorament progressiu d'una cefalea estable, associada a símptomes sistèmics, associada a malalties sistèmiques, durant la gestació o en el postpart, en gent gran, amb alteració del nivell de consciència o amb focalitat neurològica). Com a metgesses i metges de família, a més, és molt important actuar en la prevenció dels factors de risc que poden condicionar, com el cas presentat, la ruptura aneurismàtica, com són el control dels factors de risc cardiovascular i l'abandonament del consum de tabac i l'alcohol, ja que això reduirà el risc de patir una hemorràgia subaracnoidal aneurismàtica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

NATALIA GÓMEZ DEL PULGAR RIVILLA

Contacte:

nataliarivilla25@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8742

Comunicació:

PÒSTER

Lesions hepàtiques múltiples

La meva comunicació tracta d'un cas clínic viscut a urgències hospitalàries.

Pacient de 40 anys, natural de Mali (sense viatges al seu país des de fa 3 anys) i amb antecedents patològics únicament de dislipèmia, consulta a urgències i refereix dolor de tipus constant a l'hipocondri dret, de 48 h d'evolució. S'associa amb sensació distèrmica no termometrada des d'ahir.

En la nostra visita, el pacient es troba febril, a 38,9 °C i en l'exploració física únicament destaca el dolor a l'hipocondri dret, sense signes d'irritació peritoneal.

Radiografia d'abdomen sense alteracions.

Es cursa anàlítica sanguínia amb 16.000 leucòcits a expenses de neutròfils. Proteïna C reactiva de 49,9 mg/l amb procalcitonina 5,14 ng/ml. Funció hepàtica amb GOT de 55 U/l amb GPT sense alteracions. GGT 105 U/l i fosfatasa alcalina 140 U/l amb Bb 1,41 a expenses de la NO esterificada. Amilasa de 20 U/l. Funció renal sense alteracions. Deixem cursats hemocultius. Davant les troballes es decideix realitzar tomografia computada abdominal, que mostra múltiples lesions hipodenses intraparenquimatoses que predominen a nivell dels segments hepàtics 6 i 7, suggestives d'àrees flegmonoses/abscessos hepàtics com a primera opció. Criteris qSOFA per a sèpsia d'1 punt. Iniciem tractament amb ceftriaxona i metronidazole i es decideix ingrés a medicina interna per a evolució i tractament. A medicina interna es fan proves diagnòstiques amb cultius amb femta i orina, que són negatius per a *Schistosoma*, però una punció per aspiració amb agulla fina de l'abscess hepàtic és positiva per a *Entamoeba histolytica*. S'ajusta el tractament amb metronidazole durant 3 setmanes. Ecografia de control en finalitzar el tractament sense signes d'abscessos al fetge. Durant la presentació del cas es plantejarà el diagnòstic diferencial davant d'un pacient amb febre de focus desconegut i una troballa de lesions al fetge. L'originalitat del cas rau en la presentació atípica de l'*E. histolytica* amb múltiples lesions hepàtiques en comptes d'una única lesió focal.

FRANCYS MAYELA ARAUZ PINEDA

DARIÓ MARTÍN MORERA

ANA KARINA CABARCAS VARGAS

Contacte:

francysmayelaarauzpineda@yahoo.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8744

Comunicació:

PÒSTER

La importancia de la exploración física

Àmbit cas: atenció primària.

Motivo consulta: omalgia izquièrda.

Antecedentes personales: sin alergias.

Tòxics: tabaquismo activo, consumo cannabis.

Situación laboral: mozo de almacén.

Antecedentes médico-quirúrgicos: trastorno de ansiedad, hemorroides de grado IV, hemorroidectomía.

Anamnesis: hombre de 34 años con omalgia izquièrda de 2 semanas de evolució, EVA 7/10, con parestesias, debilidad e irradiación hacia brazo ipsilateral. Sin mejoría tras analgesia convencional. Sin traumatismos.

Exploración física: auscultación cardiopulmonar anodina. Aparato locomotor: extremidad superior izquièrda (ESI) con cicatriz postraumática en la región del codo izquièrdo, atrofia del supraespinoso izquièrdo y asimetría del músculo serrato izquièrdo, sin atrofia deltoide, sin escápula alada.

Exploración neurológica, a destacar: ESI con balance muscular 4/5. Reflejo musculotendinoso 2/4. Sin alteraciones de la sensibilidad.

Pruebas complementarias: anàlítica: hemograma sin alteraciones. Déficit leve de folatos. Perfil hepático, ionograma, función renal y tiroides en rango. PCR y factores reumatoideos negativos. Radiografía del hombro izquièrdo: normal. Ecografía de partes blandas: tendinosis del supraespinoso con derrame inflamatorio peritendinoso.

Juicio diagnóstico: síndrome sensitivo-motor de ESI.

Diagnóstico diferencial: lesión del manguito de los rotadores, síndrome de atrapamiento, capsulitis adhesiva, tendinitis cálcica.

Plan: derivación a neurología. Allí realizan resonancia magnética de ESI y tomografía computarizada craneal, ambas sin alteraciones. Anàlítica sin alteraciones (creatina cinasa, aldolasas, tirotopina y perfil vitamínico normal). Dados los resultados de las pruebas complementarias se orienta como probable síndrome de Parsonage-Turner (neuritis braquial izquièrda) con derivación a equipo de rehabilitación para tratamiento.

Evolució: mejoría clínica evidente tras 6 sesiones de rehabilitación. Persiste omalgia izquièrda a grandes esfuerzos con mejoría de parestesias y ausencia de debilidad. Pendiente del resto de sesiones de fisioterapia.

Conclusió: la neuritis braquial es una inflamación del plexo braquial de causa inflamatoria, infecciosa y autoinmune principalmente. El tratamiento se basa en lograr mejoría sintomática y promover la recuperación funcional, combinando terapia rehabilitadora y analgesia convencional, con buen pronóstico en líneas generales. Por ello, la importancia de una buena entrevista clínica y una meticolosa exploración física para orientar el diagnóstico.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DARIÓ MARTÍN MORERA
ZULLY KARIN AMAYA CARRERA
FRANCYS MAYELA ARAUZ PINEDA

Contacte:
dariomartin95@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8745

Comunicació:
PÒSTER

Lesiones en piel y enfoque multidisciplinar

Ámbito caso: atención primaria.

Motivos consulta: lesiones en la cara anterior de la pierna izquierda.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin alergias, trombosis venosa profunda en la pierna izquierda, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad.

Anamnesis: mujer de 76 años refiere lesiones en la cara anterior de la pierna izquierda de 6 meses de evolución, con aumento y extensión progresiva hasta zona distal del muslo izquierdo; sin prurito ni dolor. Asocia astenia en los últimos meses. Sin otros síntomas.

Exploración física: auscultación cardiorrespiratoria, abdominal y neurológica normal. Anejos: nódulo eritematoso en pierna izquierda a nivel pretibial y un segundo nódulo constituido por 3-4 pápulas confluentes en región infrarrotuliana izquierda, desaparición a vitropresión. Sin adenopatías.

Pruebas complementarias: analítica con colesterol 204 mg/dl, de lipoproteínas de baja densidad de 133 mg/dl, leve linfocitosis del 3,73% y resto normal.

Juicio clínico: lesión dérmica a estudio.

Diagnóstico diferencial: dermatitis granulomatosa, linfoma B de células grandes cutáneo, borreliosis.

Plan: se deriva a dermatología para estudio. Tras la biopsia se confirma linfoma B de células grandes cutáneo y se inicia tratamiento precoz.

Tratamiento y evolución: tras descartar diseminación mediante tomografía computarizada por emisión de positrones, serologías negativas y biopsia de médula ósea sin incidencias, previa evaluación por el servicio de cardiología por cardiotoxicidad por tratamiento a recibir, se realizan 3 ciclos de R-CHOP y radioterapia de consolidación con respuesta metabólica completa.

Conclusiones

Los linfoma B de células grandes son el tipo más común de linfoma no Hodgkin y es la variante cutánea más frecuente en mujeres mayores de 70 años. Es típica la presencia de nódulos cutáneos de rápido crecimiento y con clínica inespecífica. En cuanto al pronóstico depende de la localización, diseminación, histología y comorbilidades del paciente. El tratamiento requiere de ciclos de poli quimioterapia o radioterapia. Tras su finalización, los pacientes deberán ser revisados periódicamente. Por ello, ante la sospecha de lesiones dérmicas que impresionen de gravedad, es importante establecer un rápido contacto con especialistas para el diagnóstico y tratamiento precoz.

ANDREA CATALÁN MORALES
FRANCISCO ANDRÉS ROMERO CORTEZ
JUDITH GINESTA GIL

Contacte:
acatalan.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8746

Comunicació:
PÒSTER

Bienvenido a mi cupo

Motivo de consulta: hombre de 66 años que acude a primera visita. Explica cambio de comunidad autónoma y acude a consulta para vinculación.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica (CI) crónica con *stent* en 2016, hiperplasia prostática benigna (HPB) con intervención para resección transuretral de próstata (RTU) el 08/09/22, síndrome de apnea-hipopnea del sueño con presión positiva continua de las vías respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neumonía intersticial usual (NIU), claudicación intermitente vascular con estenosis del 50% distal femoral común derecha, síndrome piernas inquietas, insomnio crónico y trastorno de ansiedad.

Exploración física: presión arterial de 140/75 mmHg, 75 lpm. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado con crepitantes de tipo velcro bibasales. Exploración neurológica: inestabilidad de la marcha con aumento de base de sustentación. Resto sin alteraciones.

Evolución: desde la entrada del paciente en consulta, nos llama la atención su marcha. Reinterrogamos y refiere que desde hace 20 años presenta esta inestabilidad a la marcha, orientada por neurología de su país como multifactorial. No consta de estudios ni informes previos (son de hace más de 15 años). No ha progresado, deambulación autónoma (presenta claudicación intermitente y disnea probablemente secundaria a NIU +/- insuficiencia cardíaca congestiva [ICC]). Sin incontinencia urinaria ni urgencia, solo polaquiuria (ya presente antes de la RTU, sin mejoría tras la intervención y pendiente de estudio). Alteración cognitiva desde hace muchos años, con déficits amnésicos, sin desorientación. Ante la presencia de clínica incongruente se solicita tomografía computarizada craneal que objetiva una dilatación de los ventrículos, por lo que el paciente se deriva a neurología. Allí se solicita resonancia magnética craneal que confirma hidrocefalia adquirida que podría justificar parte de la clínica del paciente. Pendiente de intervención en el momento actual.

Conclusiones: este caso nos hace reflexionar sobre lo importante que es no solo escuchar al paciente, si no observarlo, ya que nos puede dar mucha información sobre su situación basal y permite la detección de problemas que quizá tiene asimilados/minimizados. Nunca debemos perder el juicio clínico y si algún antecedente no cuadra con lo que objetivamos, debemos volver a estudiar y revalorar al paciente.

DANIEL ARMANDO ACOSTA SUSANA
MONTSERRAT CIURANA TEBE
ANGÉLICA PAOLA MAIMONE FARIAS

Contacte:
daniel07141@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8747

Comunicació:
PÒSTER

Doctor, ¿por qué se me confunden las letras?

Ámbito del caso: equipo de atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: cefalea, fiebre, parestesias y parafasias.

Historia clínica

Mujer de 35 años, autónoma, sin deterioro cognitivo, con antecedente mórbido de herpes simple recurrente desde la infancia.

Anamnesis y exploración física: inicia clínica con fiebre y mal estado general, posteriormente presenta cefalea holocraneal de predominio frontal de 4 días asociada a parestesias de hemicuerpo derecho, que inicialmente es valorada por el equipo de atención primaria local como virosis. Llegó a presentar confusión al emplear dígrafos escritos (parafasia) al usar su móvil. Al 5.º día de manifestaciones clínicas acudió a centro privado ante cefalea refractaria al tratamiento analgésico. El personal sanitario evidenció clínica de cefalea, fiebre, parestesias, rigidez de nuca y disfasia, y derivaron a urgencias hospitalarias de segundo nivel donde fue diagnosticada de meningoencefalitis.

Exploración física: fuerza muscular 5/5 en hemicuerpos, sensibilidad y pares craneales conservados, no se aprecian signos meníngeos, Babinski no presente, reflejos osteotendinosos normales, pruebas cerebelosas no patológicas.

Pruebas complementarias: tomografía computarizada craneal normal, líquido cefalorraquídeo glóbulos blancos 83 con 20% de polimorfonucleares y 80% de linfocitos, glucosa 54, proteínas 1,45, ADA 16.4. FILM ARRAY: (-). Angio resonancia magnética: normal. PCR tuberculosis y QuantiFERON® (-). Serología de bacterias atípicas: (-) y serología de virus: inmunoglobulina (Ig) G virus de Epstein-Barr (+) y resto negativas. PCR enterovirus en heces (-) y autoinmunidad (-).

Evolución: tras su llegada a urgencias presenta mejoría progresiva con tratamiento inicial de antiinflamatorios, fluidoterapia y tratamiento de inicio con aciclovir y doxiciclina suspendidos tras resultados negativos.

Diagnósticos diferenciales: meningoencefalitis idiopática, autoinmune, medicamentosa, metabólicas, tumor cerebral y accidente cerebrovascular.

Orientación diagnóstica: meningoencefalitis vírica por germen desconocido.

Conclusión

La mayoría de las encefalitis virales son de causa desconocida, pero su presentación puede tener un amplio rango de síntomas frecuentes, como cefalea, fiebre, alteración del estado mental, y no tan frecuentes, como parafasias escritas o verbales.

NANCY MELISSA MEDRANO DUARTE
MARTA TORRES JUSTRIBÓ
ASUNCIÓN FLORENSA FLIX

Contacte:
nancymedranomd@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8749

Comunicació:
PÒSTER

Ictericia secundaria a carcinoma de ampolla de Vater. A propósito de un caso

Motivo de consulta: "Me he puesto tan amarillo como un canario".

Hombre de 87 años, que se presentó en la consulta de atención primaria con historia de coloración amarilla de la piel de forma progresiva y generalizada, concomitante con astenia, hiporexia y pérdida subjetiva de peso de 3 semanas de evolución. Manifestó molestias abdominales difusas. Sin fiebre.

Antecedentes personales: independiente, sin deterioro cognitivo; vive solo, con escaso contacto familiar, poco frecuentador de los servicios de salud. Fumador, índice paquetes-año = 25, consumo de alcohol, 35 unidades de bebida estándar/semana, hipertensión arterial controlada con antihipertensivos, diabético en tratamiento con metformina, dislipidémico, insuficiencia renal crónica estadio G3b con función renal estable.

En la exploración física se observó aspecto descuidado, con tinte icterico mucocutáneo generalizado, constantes vitales normales, consciente, orientado, cardiopulmonar estable, abdomen semiglobuloso, peristaltismo presente, a la palpación blando y depresible, ligeras molestias en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, sin edemas.

El análisis de pruebas complementarias objetivó hemoglobina 10,3 g/dl, elevación de transaminasas hepáticas ALT 452 U/l, AST 224 U/l, GGT 707 U/l, con bilirrubina total elevada 16,96 mg/dl, fosfatasa alcalina 647 U/l, hiponatremia 127,8 mmol/l, hipercolesterolemia de 503 mg/dl, a expensas de niveles de lipoproteínas de baja densidad de 420,8 mg/dl, hipertrigliceridemia 231 mg/dl, hipoproteinemia 4,09 g/dl, glucosa 234 mg/dl, HbA_{1c} 10,9%, pruebas tiroideas normales, serología del virus de la hepatitis negativa, amilase normal, hemostasia normal, análisis de orina normal.

Inicialmente se orientó el caso como ictericia asociada a síndrome tóxico, probablemente ocasionada por un proceso neoplásico obstructivo en la vía biliar. Posteriormente se encontró por vía endoscópica una neoplasia en la región biliopancreática de tipo ampuloma, con histología de adenocarcinoma y en etapa terminal al diagnóstico, con tratamiento paliativo.

En medicina familiar, el caso anterior recalca la importancia de reforzar las medidas preventivas a largo plazo, el control de las comorbilidades y los hábitos tóxicos desde edad temprana.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JESSICA GALINDO GIL
ANNA BOADA PEIRÓ
JORDI BRESKO ESCURA

Contacte:
jessicagalindogil1994@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8750

Comunicació:
PÒSTER

Quando los árboles no dejan ver el bosque

Àmbit del cas: primària, urgències.

Motivo de consulta: home de 76 anys con disminució de consciència y lateralizació de la mirada a la dreta en contexte de declive subagudo con caídas de repetición y oliguria asociada.

Antecedentes personales: dislipémico y síndrome depresivo.

Exploración física: hemodinàmicament estable, con glicèmia capilar 88 mg/dl y afebril. Escala de Glasgow: 12, lateralizació de la mirada a la dreta y mioclonías en tren superior. Globo vesical. Lesiones ulceradas en piernas y barbilla.

Pruebas complementarias: tomografía computarizada (TC) craneal normal. Sedimento de orina y radiografía torácica sin signos de infección. Se recoge cultivo de las úlceras. Análiticament, hiponatremia severa (105 mEq/l), osmolaridad plasmática (248,74 mOsm/kg), sodio en orina >30 mEq/l, hiperpotasemia de 8,2 mEq/l sin repercusión electrocardiográfica y leucocitosis con neutrofilia. Para descartar encefalitis como origen de la afectación neurológica se realiza punción lumbar sin alteraciones. Además presenta fracaso renal agudo posrenal.

Diagnóstico diferencial: encefalitis vs síndrome pierde sal vs estatus convulsivo.

La TC craneal y la punción lumbar normales descartan infección del sistema nervioso. A pesar de la lateralización de la mirada y los movimientos que asemejan a mioclonías, conecta con el medio a la voz. Creatina cinasa normal, lo que descarta la posibilidad de un estatus convulsivo. Se descartan alteraciones neurológicas y los niveles de hormona antidiurética son normales para pensar en un síndrome pierde sal. Durante el ingreso se encuentra como posible causa de la hiponatremia la toma de citalopram. La severidad de la hiponatremia explica todo el cuadro clínico descrito.

Orientación diagnóstica: hiponatremia severa con disminución de nivel de consciencia que mejora con la reposición electrolítica. Insuficiencia renal aguda posrenal secundaria a retención urinaria objetivada de 8.000 cc e hiperpotasemia en este contexto, que mejoran tras sondaje vesical.

Comentario final: el declive funcional es un motivo frecuente de consulta en primària. Es importante un buen despistaje de los posibles diagnósticos y su detención precoz para derivar a los servicios hospitalarios a tiempo.

CAROLINA YBARNEGARAY HIGUERAS
JORDI MILOZZI BERROCAL
NURIA MARTÍN BORGES

Contacte:
carolinaybar.h@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8751

Comunicació:
PÒSTER

“Doctora, ¿me he puesto amarilla!” ¿Y si le hago una ecografía en la consulta?

Mujer de 64 años, fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia y antecedentes familiares de neoplasia de mama, que acude al CAP por cuadro de 7 días de dolor abdominal, ictericia mucocutánea, coluria, sudoración y astenia.

En la exploración física: afebril, abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, con irradiación difusa en cinturón, sin signos de irritación peritoneal, signos de Murphy y Blumberg (-). Se cursa analítica sanguínea: bilirrubina total 4,93 mg/dl (esterificada 3,68 mg/dl), alanina aminotransferasa (ALT) 298 U/l, fosfatasa alcalina 379,8 U/l, gamma-glutamilttransferasa 714 U/l, sin leucocitosis ni neutrofilia, PCR 8,49 mg/dl, trombocitosis 434.

Se realiza ecografía abdominal en el CAP que muestra dilatación de la vía biliar extrahepática y zona anecogénica, con buena delimitación del cuerpo pancreático.

Se deriva a urgencias, para estudio, donde realizan tomografía computada (TC) abdominal que evidencia en el segmento IV hepático una masa sólida hipocaptante, de 7 cm de diámetro, compatible con lesión neoplásica agresiva que condiciona la obstrucción de la vía biliar intrahepática central, con dilatación de las vías biliares intrahepáticas periféricas; la TC torácica muestra imágenes nodulares milimétricas y puntiformes en el lóbulo inferior derecho sugestivas de M1; marcadores tumorales: alfafetoproteína 3,68 ng/ml, CA 19-9 5.939 U/ml. Serología de los virus de la hepatitis A, B y C negativas.

Tras la biopsia hepática se diagnostica colangiocarcinoma en lóbulo hepático derecho IV. Punción-biopsia: infiltración por adenocarcinoma bien diferenciado.

Actualmente en seguimiento y control por el Institut Català d'Oncologia, portadora de drenaje biliar interoexterno, con antibioterapia con ciprofloxacina 750 mg/12 h por vía oral.

Aplicabilidad: en el estudio de dolor abdominal, ictericia y alteración de enzimas hepáticas, la ecografía abdominal es de gran ayuda en el proceso diagnóstico en atención primària.

Conclusiones: realizar una adecuada anamnesis, conocer la clínica habitual del colangiocarcinoma como dolor abdominal, ictericia, astenia y pérdida de peso, junto con las pruebas complementarias, permite realizar un diagnóstico precoz. El seguimiento desde atención primària y disponer de ecografía realizada en la propia consulta fueron importantes en este caso.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CAROLINA ALLEGRA WAGNER
LAILA FATIMA ALJENDE MEDINA
AURORA ROVIRA FONTANALS
IVAN ARRUFAT MARTÍN

Contacte:
wagner.carolina.allegra@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8752

Comunicació:
PÒSTER

Millorar el malestar emocional a l'atenció primària: l'experiència d'un grup intergeneracional de dones

Objectius: acompanyar de forma multidisciplinària un grup intergeneracional de dones amb malestar emocional. Abordar el malestar emocional de les dones amb perspectiva de gènere. Valorar l'impacte de la intervenció en el malestar emocional mitjançant l'escala CORE, que avalua el malestar psicològic en 4 dimensions: benestar subjectiu, símptomes, funcionament general i risc.

Descripció: es convoquen 14 dones (10 finalitzen): seleccionades pels equips assistencials + avaluació individual per la referent de benestar emocional comunitari (RBEC). 10 sessions de 90 min: estructurades al voltant d'una temàtica específica i una dinàmica relacionada. Es passa el qüestionari CORE a la primera i a la darrera sessió (9 respostes).

Temàtiques tractades: emocions, necessitats, culpa, vinculació afectiva, relació amb el cos, autocura, propostes de canvi.

Conducció multidisciplinària: RBEC, metgessa de família i resident de medicina de família i comunitària.

Espai: biblioteca del barri.

Particularitats: grup no mixt: reflexions indirectes sobre el gènere, clima de confiança i suport.

Intergeneracional: escoltar diversos moments vitals, possibilitat d'emmirallar-se en diferents rols (p. ex., mares/filles).

Grup: fer-se suport entre iguals, ser dona que cuida i és cuidada al mateix temps.

Conclusions: valoració quantitativa: 8/9 dones disminueixen la puntuació CORE; 4/5 dones amb ítems de risc a l'inici del grup (agressivitat, autolesió o ideació autolítica) no els presenten al finalitzar-lo. La mitjana de satisfacció amb les sessions es de 4,7/5.

Valoració qualitativa de les dones: sentiment de comprensió i pertinença, millora de l'autoconeixement i seguretat, "passar a l'acció".

Aplicabilitat: el grup de dones permet treballar els malestans emocionals que trobem a les consultes d'atenció primària amb un enfocament comunitari, creant xarxa i retornant agència. La incorporació de l'RBEC ho facilita. L'escala CORE és un instrument fàcil d'utilitzar a l'atenció primària per mesurar l'impacte de la intervenció terapèutica sobre el malestar psicològic.

NÚRIA DOMEDEL PUIG
LAURA CALL QUER
MARIA DOLORES MORENO ANDÚJAR

Contacte:
ndomedelp.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8753

Comunicació:
PÒSTER

Dorsàlgia aguda com a símptoma de tromboembolisme pulmonar

Àmbit del cas: pacient crònica domiciliària.

Motius de consulta: dorsàlgia aguda en dona gran.

Història clínica

Enfocament individual: pacient de 82 anys amb les funcions superiors preservades, dependència lleu i que viu sola amb el suport de familiars. **Antecedents personals:** hipertensió arterial, gonàlgia morficodependent, insuficiència venosa, adenocarcinoma endometrial i carcinoma infiltrant de mama lliures de malaltia, insomni. **Anamnesi:** dorsàlgia esquerra contínua de 24 hores d'evolució, valoració EVA de 10, empijora amb la inspiració, sense altres símptomes, ni sobreesforç o traumatisme previ. **Exploració:** mal estat general per dolor, amb constants correctes i saturació d'oxigen del 96%. Auscultació cardiorespiratòria normal. Cordó varicos indurat, dolorós, a la cara interna de la cuixa esquerra.

Proves complementàries: placa de tòrax, electrocardiograma i enzims cardíacs normals, dímer D 4.498 ng/ml. Tomografia computada de tòrax: tromboembolisme pulmonar (TEP) bilateral, infart pulmonar (lòbul superior esquerre), hipertensió pulmonar. Eco-Doppler: trombosi venosa profunda (TVP) poplitària i gemel·lar esquerra. **Enfocament familiar i comunitari:** de manera consensuada amb la família i la pacient, per la seva mobilitat reduïda s'inicia anticoagulació amb edoxaban, assumint-ne el cost. **Judici clínic:** malgrat que el principal motiu de consulta és la dorsàlgia aguda, l'anamnesi resulta clau per identificar el dolor pleurític com a signe guia i fer la derivació hospitalària. **Diagnòstic diferencial del dolor de la columna toràcica:** a qualsevol edat, cal sospitar infecció o neoplàsia; en ancians, fractura vertebral osteoporòtica i canvis degeneratius. Dolor pleurític agut: valorar pericarditis, pneumònia, pneumotòrax, pleuritis, TEP o fractura costal. **Identificació de problemes:** manifestació atípica de TEP (típicament: dispnea, dolor pleurític, hemoptisi, tos, ortopnea, dolor o tumefacció a les extremitats, sibilants). En la pacient destaquen l'omàlgia i la cervicàlgia secundàries a la inflamació del nervi frènic. **Tractament i plans d'actuació:** descartada l'etiologia neoplàsica, s'atribueix al sedentarisme i la insuficiència venosa, pel que s'indica tractament anticoagulant crònic. **Evolució:** resolució del dolor pleurític i repermeabilització de la TVP.

Conclusions

La presència de signes i símptomes d'alarma ens han de fer ser més exhaustius en l'anamnesi i l'exploració per descartar patologies potencialment greus.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARLOS DE LA CRUZ PÉREZ
JOAN MARIA GINÉ BUSOM
IOLANDA CAULES TICOLAT

Contacte:
cdelacruz.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8754

Comunicació:
PÒSTER

Artritis reactiva por instilación de del bacilo de Calmette-Guérin

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: inicial (telefónica) 22/03: contractura cervical y conjuntivitis, 24/03: oligoartritis asimétrica periférica, 28/03: infección del tracto urinario (ITU).

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 65 años, no refiere alergias medicamentosas conocidas, fumadora 1/2 paquete/día, sin otros tóxicos. Hipertensión y dislipemia en tratamiento médico. No sufre diabetes *mellitus*. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de apnea hipopnea del sueño grave en tratamiento con presión positiva continua de las vías respiratorias; esteatosis hepática; nefrectomía parcial izquierda. Tumor vesical no infectante de músculo de riesgo intermedio. Entre 2020 y 2022, tres resecciones transuretrales sin progresión y terapia con mitomicina C. En 2023 inicia instilaciones con bacilo de Calmette-Guérin (BCG); histerectomía y doble anexectomía; tiroiditis tratada con yodo-131, en tratamiento sustitutivo; paridad: 1-0-0-1; menopausia a los 54.

Situación laboral: jubilada (trabajadora de una fábrica).

Juicio clínico: artritis reactiva secundaria a instilaciones de BCG.

Diagnóstico diferencial: artritis séptica por *Mycobacterium bovis*, infección gonocócica diseminada, artritis posestreptocócica, espondiloartritis periférica...

Identificación de problemas: la modalidad telefónica limita la capacidad diagnóstica. Además, varios factores de confusión: 1) la contractura cervical y la conjuntivitis aguda son enfermedades que normalmente se abordan como entidades simples; 2) el patrón de afectación articular, exclusivo axial alto, era atípico: no periférico, axial no lumbar, y sin entesitis; y 3) la instilación de BCG es un factor etiológico raro.

Tratamiento: en la primera visita, telefónica, se pautó tratamiento sintomático. En la segunda visita, presencial, se iniciaron corticoides y se extrajo para analítica sanguínea que mostró aumento de reactantes de fase aguda y de enzimas hepáticas. Con el hallazgo de ITU se colocó cefuroxima. Paulatinamente fue mejorando clínica y analíticamente. Finalmente, en su primera visita con reumatología, se instauró metotrexato y ácido fólico.

Conclusiones

Las instilaciones intravesicales de BCG pueden conllevar complicaciones, siendo una de ellas, rara pero descrita en la literatura, la artritis reactiva. Se debe prestar atención especial a este grupo de pacientes.

ANDREA CATALÁN MORALES
JUDITH GINESTA GIL

Contacte:
acatalan.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8759

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, a veces me quedo que no veo

Paciente mujer de 36 años que acude a nuestra consulta explicando tres episodios en los últimos 2 meses de pérdida de visión completa de 30 minutos de duración acompañados de cefalea.

Antecedentes personales: fumadora activa de 1 paq/día desde hace 6 años, dislipemia, Síndrome ansioso. Sin tratamiento habitual.

Exploración física: auscultación respiratoria: murmullo vesical conservado sin ruidos sobreañadidos. Cardíaca: tonos cardíacos rítmicos, sin soplo ni roce. Sin edemas en las extremidades inferiores, sin signos de trombosis venosa profunda, sin soplo carotídeo, focalidad neurológica ni alteraciones visuales.

Exploraciones complementarias en consulta: electrocardiograma (ECG): bloqueo completo de rama izquierda con signos de hipertrofia VI.

Juicio clínico: ante la clínica de la paciente, nos planteamos accidente isquémico transitorio vs aura prolongada de migraña (pese a no tener antecedentes migrañosos). Derivamos a la paciente a la unidad de diagnóstico rápido de neurología y realizamos interconsulta a cardiología para valorar signos de hipertrofia VI en ECG.

Evolución: inicialmente, cardiología nos responde que ese ECG no tiene alteraciones significativas y que sin otra clínica asociada ni factores de riesgo cardiovascular (fumadora y dislipemia) no es necesario derivar a la paciente. Neurología apoya nuestra orientación diagnóstica y solicita resonancia magnética (RM) craneal, angio-RM craneal, eco-Doppler de troncos supraaórticos y ecocardiograma transtorácico. Ante la normalidad de las exploraciones complementarias solicitadas, neurología deriva paciente a cardiología, que finalmente realiza RM cardíaca que informa de miocardiopatía dilatada no isquémica con leve dilatación y moderada disfunción ventricular izquierda, con criterios limitiformes pero no compactada.

De momento, la paciente sigue con orientación diagnóstica de migraña con aura pendiente de visita con cardiología.

Conclusiones: en este caso tuvimos la sensación que nuestra derivación/interconsulta inicial no fue valorada con el suficiente interés. Sí, sin embargo, cuando la paciente fue derivada por neurología. Como médicos y médicas especialistas en atención primaria debemos hacer valer nuestra especialidad y conseguir que tenga el reconocimiento que se merece.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

NÚRIA DOMEDEL PUIG
ANNA GONZÁLEZ BECERRA
MARÍA DOLORES MORENO ANDÚJAR

Contacte:
ndomedelp.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8760

Comunicació:
PÒSTER

Sospita de vasculitis leucocitoclàstica

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària.

Motius de consulta: erupció cutània a les extremitats inferiors.

Història clínica

Enfocament individual: home de 51 anys que fa seguiment habitual en la sanitat privada, amb antecedents de distímia i psoriasi en plaques, en tractament de base amb corticoides tòpics. Sense al·lèrgies medicamentoses.

Anamnesi: consulta per erupció pruriginosa i lleument dolorosa en ambdues crestes tibials, de 10 dies d'evolució, refractària al tractament amb doxiciclina oral i corticoteràpia, tant sistèmica amb prednisona 10 mg/dia com tòpica amb fórmula magistral. Asintomàtic en la resta d'aparells, sense canvis de medicació recent.

Exploració física: bon estat general i constants correctes. Pàpules i plaques eritematoviolàcies confluents a la regió pretibial, amb lesions satèl·lit purpúriques, que respecten la zona de tractament tòpic.

Judici clínic: davant de la presència de lesions purpúriques, cal sospitar una vasculitis.

Diagnòstic diferencial: el primer pas és determinar si existeix afectació sistèmica, fet que obligaria a descartar-ne l'origen sèptic. En cas d'afectació aïllada de la pell (vasculitis leucocitoclàstica cutània, típicament bilateral i que afecta zones de declivi), cal identificar l'agent causal, principalment fàrmacs, per retirar-los, malgrat que sovint s'acaben etiquetant d'idiopàtiques.

Identificació de problemes: en aquest cas, el tractament empíric previ dificulta la interpretació de la clínica i retarda el diagnòstic.

Tractament, plans d'actuació: el pacient és remès a urgències hospitalàries. Sota sospita de vasculitis cutània, dermatologia realitza una biòpsia per *punch* i inicia corticoteràpia amb prednisona 40 mg/dia en pauta descendent i clobetasol tòpic.

Evolució: al cap de 3 setmanes, les lesions han desaparegut gairebé totalment. L'anatomia patològica confirma el diagnòstic de sospita.

Conclusions

És conegut el potencial efecte de confusió dels corticoides sobre algunes afectacions de la pell. Davant de signes d'alarma, com les lesions purpúriques, cal recórrer a l'especialista.

MARINA SUÁREZ SÁNCHEZ
CARMEN NAVARRO
MONTSERRAT ROYO VIDAL

Contacte:
marinasuarezsanchez0711@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8762

Comunicació:
PÒSTER

La importància de l'anamnesi

Atenció primària.

Pacient de 29 anys que acudeix per poliartràlgies d'1 setmana d'evolució i edema bilateral al terç distal dels membres inferiors. Interrogant, refereix picada de paparra fa 4 dies. A més a més, refereix un quadre de 3 setmanes abans, de síndrome cataral amb rinorrea i febre amb mínima odinofàgia, pel qual no va consultar.

Exploració física: edema amb fòvea al terç distal de les cames, bilateral, amb discret eritema. Sense signes de trombosi venosa profunda, pulsos presents, sense escalfor local. Resta normal. Dolor a les articulacions de les mans i peus sense signes clars d'artritis.

Cal destacar a l'anàlítica: neutrofilia amb limfopènia i discreta elevació de la velocitat de sedimentació globular. Proteïna C reactiva de 41 mg/l. Sense proteïnúria. Serologies per a borrelia negativa, rickettsia negativa i Paul-Bunnell negatiu.

Hepatitis, virus de la immunodeficiència humana (VIH), parvovirus i anticossos ANA negatius. Hemocultius negatius. Anticossos anti estreptolisines *Streptococcus pyogenes*: 200 UI/ml. Radiografia de tòrax normal.

Orientació diagnòstica: sospita d'artritis postestreptocòccica (ARPE).

Diagnòstic diferencial: lupus eritematós sistèmic, espondiloartritis, neoplàsies, malalties metabòliques, síndrome de Sweet i febre reumàtica de l'adult; malaltia de Lyme.

Evolució: mala resposta als antiinflamatoris no esteroïdals (típic de l'artritis postestreptocòccica). La pacient va acudir al servei d'urgències quan li va aparèixer un *rash* a les cames i la van derivar a atenció primària per completar l'estudi. A anàlítica de control, antiestreptolisina O negativa. S'ha derivat a reumatologia per a seguiment i valorar si fos necessària la profilaxi antibiòtica, ja que a la literatura només es recomana en ARPE de repetició. L'ARPE és excepcional en pacients no infantils, però es pot donar en adults joves. En aquest cas, la picada de paparra ens va fer pensar primer en una malaltia de Lyme, però no hi havia febre, fet pel qual es va ampliar el diagnòstic diferencial i, gràcies a l'anamnesi i a la longitudinalitat que permet l'atenció primària, vam poder valorar la possibilitat d'una ARPE.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARMEN NAVARRO
MARINA SUÁREZ SÁNCHEZ
MONTSERRAT ROYO VIDAL
MERCEDES RETANA PUIGMARTÍ

Contacte:
munmun667@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8763

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, me han salido unas lesiones en forma de diana...

Atención Primaria.

Motivo de consulta: lesiones cutáneas en los codos, con forma de diana.

Sin alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: niega. Sin otras enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Medicación habitual: niega.

Paciente de 30 años que acude por herpes labial y otalgia. Niega fiebre, sin rinorrea ni tos, sin otra sintomatología. Dos semanas después vuelve a acudir al CAP por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas en extremidades superiores e inferiores y tronco, sin otra sintomatología acompañante. Entre ambos cuadros, la paciente fue intervenida con marsupialización de la glándula de Skene, por lo que se encontraba en tratamiento antibiótico durante este tiempo.

En la exploración destacan lesiones eritematosas, en diana, confluentes en espalda, extremidades superiores e inferiores, no descamativas. Sin lesiones ampollas ni ulceradas. Sin lesiones en mucosas. Resto normal.

Orientación diagnóstica: eritema multiforme (EM) secundario a virus del herpes *simplex* (VHS).

Diagnóstico diferencial: urticaria, vasculitis, penfigoide ampollar, pénfigo, dermatitis herpetiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica.

Tratamiento: sintomático.

Evolución: la paciente había tenido un herpes labial muy agresivo que incluso había requerido tratamiento con aciclovir. Esta información es clave para entender que 2 semanas después apareciera el EM sin afectación de mucosas (dato clave para descartar síndrome de Stevens-Johnson). En 6 días, las lesiones se resolvieron espontáneamente. Actualmente la paciente está asintomática.

El EM es una reacción de hipersensibilidad que afecta la piel o las membranas mucosas, en respuesta a infecciones, medicamentos u otras comorbilidades.

En aproximadamente el 90% de los casos, el acontecimiento desencadenante es infeccioso. Predomina la infección por el VHS en el 70-80% de las situaciones, como es el caso.

El mismo día que la paciente consultó por la aparición de las lesiones tuvimos interconsulta virtual con el servicio de dermatología, lo que permitió comentar el caso y consensuar la conducta a seguir sin necesidad de derivación. La coordinación entre niveles fue clave.

ANTONI SISÓ ALMIRALL
LLUIS GONZÁLEZ DE PAZ
JAUME BENAVENT AREU
ENCARNA SÁNCHEZ
PAU FONSECA CASAS
MANEL RAMOS CASALS

Contacte:
asiso@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8764

Comunicació:
PÒSTER

Impacte multidimensional immediat i diferit de la sindèmia SARS-CoV-2 i l'efecte desplaçament sobre l'atenció primària

Objectius: avaluació de l'impacte de la pandèmia de la covid-19 a Catalunya sobre nous casos de malalties i afeccions ateses habitualment en atenció primària.

Metodologia: estudi poblacional a tres centres d'atenció primària urbans amb unes 100.000 persones assignades.

Resultats: l'any 2020 es van produir reduccions significatives respecte al 2017 i el 2019 en les incidències anuals d'hipertensió (40% de reducció), hipercolesterolèmia (36%), diabetis *mellitus* de tipus 2 (39%), malaltia renal crònica (43%), cardiopatia isquèmica (48%), hipertròfia prostàtica benigna (38%), osteoporosi (40%), hipotiroïdisme (46%), malaltia pulmonar obstructiva crònica (50%), trastorn per consum d'alcohol (46%), pòlips i tumors benignes de còlon (42%) i melanomes (45%).

Conclusions: la prioritització de l'atenció de la covid-19 va modificar els patrons de relació metge/essa-pacient en detriment de l'atenció presencial. Aquesta disminució global fou gairebé del 41%. Per tornar als nivells prepandèmics de diagnòstic i gestió de les malalties cròniques, els serveis d'atenció primària s'han de reorganitzar i dur a terme accions específiques per als grups de major risc.

Estudi finançat amb la convocatòria PERIS 2022. Expedient: SLT021/21/000066.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SHIRLEY BAQUEROS PAZ
FRANCISCO ANDRÉS ROMERO CORTEZ

Contacte:
shirleybaqueros@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8765

Comunicació:
ORAL

Mucho ojo al poco peso

Àmbit del caso: centro de urgencias de atención primaria.

Motivo de consulta: dolor con distensión abdominal.

Anamnesis: la paciente acude por dolor de tipo cólico difuso con distensión abdominal de 4 días de evolución, cuya intensidad se ha incrementado en las últimas 24 horas hasta un EVA de 7/10. Niega alteración del ritmo de sus deposiciones o síndrome urinario.

Antecedentes patológicos: trastorno de la conducta alimentaria (TCA), con índice de masa corporal (IMC) de 19,22 kg/m² en el último control.

Exploración física: peso, 44 kg; talla: 1,7 m; IMC, 15,22 kg/m². Signos vitales: taquicárdica, afebril. En la exploración, abdomen distendido y doloroso a la palpación profunda, con signos dudosos de defensa. Resto de la exploración anodina.

Evolución: se orienta como sospecha de abdomen agudo, por lo que se solicita analítica básica, que no muestra alteraciones, y una radiografía de abdomen que evidencia distensión gástrica, compatible con cuadro obstructivo. Se deriva a urgencias, donde se realiza tomografía computarizada abdominal con dilatación del tercio distal del esófago, cavidad gástrica y porciones duodenales 2.a y 3.a, con ángulo aortomesentérico de 13°. Se orienta como cuadro compatible de síndrome de Wilkie. Se coloca sonda nasogástrica y valoración evolutiva. Tras 72 horas presenta hemorragia digestiva secundaria a isquemia por cuadro obstructivo, requiere intervención quirúrgica e ingreso en la UCI hasta encontrarse estable. Posteriormente es transferida a hospitalización donde permanece hasta el alta.

Conclusiones: el síndrome de Wilkie es muy infrecuente y se asocia a pérdida de peso súbito, en un contexto de hipermetabolismo (quemados o con politrauma), cáncer, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o TCA. Esta pérdida súbita produce una angulación anormal de la pinza aortomesentérica que puede producir un cuadro obstructivo. La variación del peso es un indicador, utilizado principalmente por el médico de familia, debido a su relación con los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, existen otras patologías con disminución de peso, en las cuales valorar su cambio permite brindar una orientación diagnóstica, realizar una derivación oportuna y llevar a cabo un seguimiento adecuado para evitar complicaciones.

EVA JIMÉNEZ HIGUERAS
CRISTINA LÓPEZ MOMPÓ
JORGE FRANCISCO BELLIDO CLAVIJO

Contacte:
evajzhs@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8768

Comunicació:
PÒSTER

Psoriasis per sorpresa

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor a les ungles de les mans.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 64 anys, sense al·lèrgies conegudes, fumadora de 22 paquets/any, sense altres hàbits tòxics. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Antecedents patològics a destacar: hipertensió arterial en tractament amb enalapril, diabetis *mellitus* de tipus 2 en tractament amb antidiabètics orals i insulina. Consulta per dolor i sagnat a les ungles dels dits de la mà, després de la retirada d'una manicura semipermanent que havia portat durant 4 mesos.

Exploració física: inflamació i eritema periungual, amb lesions de sagnat a la matriu unguial. No es realitzen exploracions complementàries.

Enfocament familiar i comunitari: viu amb el marit a domicili. Treballa com a professora.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: s'inicia tractament antibiòtic, davant la sospita de sobreinfecció bacteriana. En successives visites de control, millora de l'edema, però hi ha persistència de les lesions tot i l'antibioteràpia i un antifúngic pautat posteriorment per sospita de possible onicomicosi. Es realitza consulta de teledermatologia. Finalment, és valorada presencialment per dermatologia, i es diagnostica psoriasis unguial, amb fenomen de Koebner provocat per la manicura semipermanent.

Tractament i plans d'actuació: des de dermatologia s'inicia tractament amb metotrexat amb suplementació d'àcid fòlic.

Evolució: la pacient inicia tractament amb bona tolerància i franca millora clínica.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

El fenomen de Koebner és un signe dermatològic en què apareixen les lesions típiques d'una determinada dermatosi després de diferents traumatismes. Tot i que normalment afecta l'àrea del traumatisme, pot estendre's a estructures veïnes. Si bé el fenomen de Koebner és típic de la psoriasis, no n'és exclusiu, i caldrà fer un diagnòstic diferencial. A més, ens agradaria destacar la utilitat i agilitat de la teledermatologia per realitzar interconsultes des de la consulta d'atenció primària.

ESTEBAN PASCUAL VICIANA NIETO

Contacte:

estebanviciananieto@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8770

Comunicació:

PÒSTER

De quina manera les preferències del pacient em van permetre conèixer una malaltia emergent: la sensibilitat al gluten no celíaca

Àmbit: atenció primària.

Motius: dolor crònic i dispèpsia.

Història clínica

Des de fa 15 anys presenta dolors generalitzats articulars sense rigidesa i sense desencadenants clars, amb consum diari d'antiinflamatoris, dispèpsia postprandial i deposicions diarreïques ocasionals. Els símptomes no tenen relació amb cap selecció d'aliments. No fuma i no beu alcohol. La seva intensitat va provocar la finalització de la seva vida laboral per decisió pròpia i el tancament de la seva botiga. Va ser estudiada per reumatologia i digestologia sense trobar cap patologia fa 10 anys.

En l'exploració no pateix limitacions al balanç articular de les extremitats, no té signes d'embassament articular. Es queixa de dolor a la palpació de diferents punts tendinosos sense complir punts diagnòstics de fibromiàlgia.

En l'anàlítica presenta una proteïna C reactiva de 15 mg/dl, factor reumatoide, anticossos antinuclears negatius i anticòs antitransglutaminasa negatiu, però l'HLA DQ2/DQ8 positiu.

Diagnòstic diferencial: fibromiàlgia, síndrome de sobrecreixement bacterià a l'intestí prim i síndrome de l'intestí irritable.

Tractament: es planteja un tractament inicial amb probiòtics per valorar l'evolució abans de sol·licitar una nova bateria de proves complementàries.

Evolució: la pacient decideix retirar de la seva dieta el gluten després de reinterpretar a La Meva Salut els resultats de l'HLA DQ2/DQ8, sense consulta prèvia. Al cap de 3 mesos va abandonar el consum d'antiinflamatoris i el dolor crònic i la dispèpsia van desaparèixer completament.

Conclusions

La sensibilitat al gluten no celíaca és una entitat emergent amb símptomes digestius i no digestius dependents del gluten en pacients, amb proves negatives, considerats no celíacs. Només la meitat dels pacients presenten HLA DQ2/DQ8. Els darrers anys, està adquirint un protagonisme important.

Els interessos, preferències, percepcions, temors i expectatives dels nostres pacients marquen totalment el procés assistencial i la relació metge/essa-pacient. Gràcies a aquest cas vaig aprendre sobre aquesta malaltia i vaig canviar la meva actuació futura. Mantenim una relació de confiança.

NANCY MELISSA MEDRANO DUARTE

MARTA TORRES JUSTRIÓ

Contacte:

nancymedranomd@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8771

Comunicació:

PÒSTER

Colangitis biliar primària ràpidament progressiva en mujer joven, un caso peculiar

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivos de consulta: dolor recurrente en hipocondrio derecho.

Mujer caucásica de 51 años que acude a consulta de atención primaria para seguimiento por antecedente de hemangiomas hepáticos, último control 2 años atrás. En esa ocasión la evaluación clínica y las pruebas complementarias fueron normales. En el interrogatorio actual refiere molestias en el hipocondrio derecho desde hace poco más de 1 año, que describe como cólicos de leve intensidad, a los cuales les ha restado importancia debido a que son autolimitados.

Antecedentes: funcionaria de profesión, sin hábitos tóxicos, actividad física regular. Asmática; corticoterapia crónica por condromalacia rotuliana; leiomiomas uterinos; hemangiomas hepáticos, hallazgo incidental 20 años atrás durante estudio de colelitiasis.

Exploración: constantes normales. Estado general regular y normocoloreada. Sin clínica cardiopulmonar. Abdomen benigno. Extremidades sin alteraciones.

En pruebas complementarias, plaquetopenia y aumento de función hepática de 5 veces, comparada con analíticas previas normales. Hiponatremia leve. Anticuerpos ANA (HEP-2) positivos (1/640), anticuerpos anticentrómero (CENP-B) elevados (99 U/ml), antimitocondriales M2 elevados (73 U/ml), albúmina 62,3 g/dl, gammaglobulina 22,3 g/dl. Epstein Barr inmunoglobulina (Ig) G >750 U/ml. Se deriva al servicio de digestivo para estudio y seguimiento. Le realizan elastografía 15,6 kPa (IQR 5.2 100%) F4 (máxima fibrosis o cirrosis).

Juicio clínico: alteración de pruebas de función hepática probablemente secundaria a colangitis biliar primària (CBP).

Diagnòstic diferencial: hepatopatía crónica de origen infeccioso y elevación de la función hepática secundaria a uso de fármacos.

Tratamiento pautado: ácido ursodesoxicólico 1 g/día.

Conclusiones: la CBP generalmente progresa de manera lenta en sus fases más tempranas; sin embargo, el curso clínico presenta gran variabilidad entre pacientes, con rápida progresión en algunos casos. Se halla hipertransaminasemia, lo que lleva a estudios complementarios. El tratamiento está enfocado en la modificación de la historia natural de la enfermedad, evitar el desarrollo de complicaciones y estabilizar al paciente hasta recibir trasplante hepático.

PERCY GEANCARLO CCASO BRAVO
FRANCISCO ANDRÉS ROMERO CORTEZ
ANDREA CATALÁN MORALES

Contacte:
ccaso.bravo@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8773

Comunicació:
PÒSTER

Ojo a las enfermedades de transmisión sexual en el virus de la inmunodeficiencia humana

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivo de consulta: paciente de 53 años acude por cuadro de visión borrosa bilateral de 15 días de evolución, de predominio en ojo derecho, sin otra clínica acompañante.

Historia clínica

Antecedentes personales: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH; 2011) en seguimiento y control por enfermedades infecciosas. En tratamiento con Dovato® (dolutegravir, lamivudina, DVT). Último control hace 5 meses, con carga indetectable y CD4 normales.

Exploración física: neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, campimetría normal. Fuerza, sensibilidad y reflejos en extremidades sin alteraciones. Sin signos de irritación meníngea. Disminución de la agudeza visual en ambos ojos. Resto de la exploración anodina.

Evolución: ante una pérdida súbita de visión en un paciente sin factores de riesgo cardiovasculares relevantes, se decide derivar a oftalmología para estudio. Realizan oftalmoscopia del fondo del ojo (FO) que detecta atrofia de fotorreceptores en el ojo izquierdo e inflamación parcheada de ambos ojos en las capas externas. Orientan como posible retinitis placoide sifilítica y pautan penicilina G sódica. Se realiza punción lumbar para descartar neurosífilis, que es normal. En la analítica, únicamente destaca elevación en el examen de reagina plasmática rápida (RPR; se desconoce el tiempo de positividad por falta de exámenes previos), inmunoensayo de enzimas *Treponema Palladium* (TP-EIA) positivo y TPHA positivo. Tras 72 horas de inicio del tratamiento, tanto el paciente como la exploración del FO indican mejoría. Se acuerda mantener la terapia antibiótica indicada durante el ingreso y completar tratamiento mediante la unidad de hospitalización a domicilio (UHd).

Conclusiones

Es necesario tener una visión dinámica de los factores de riesgo del paciente VIH y, en función a dicho esquema, programar un plan de seguimiento conjunto entre especialidades en el cual el médico o médica de cabecera debe tener un rol activo, algunas veces supliendo acciones que no se han llevado a cabo, como pruebas complementarias según las guías de práctica clínica, o valorando al paciente. Constituye un nexo directo entre el paciente y el servicio sanitario que necesita.

FRANCISCO ANDRÉS ROMERO CORTEZ
JUDITH GINESTA GIL

Contacte:
franciscorc_3@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8774

Comunicació:
PÒSTER

Veo doble al atarme los zapatos

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivo de consulta: paciente de 63 años que consulta por cefalea frontal de una semana, poscaída de su propia altura, que hace 3 días se acompaña de diplopía a la infraversión de ambos ojos. Niega otra clínica acompañante.

Historia clínica

Antecedentes personales: diabetes *mellitus* de tipo 2 mal controlada (última valoración de hemoglobina glicosilada [HbA_{1c} de 8,5%), hepatitis crónica, bloqueo de rama derecha del haz de Hiss (BRDHH) ya conocido.

Exploración física: neurológica: consciente y orientado, con diplopía monocular izquierda al mirar hacia abajo sin otra alteración de pares craneales, agudeza visual normal sin alteración de campimetría, sin trastorno sensitivo o motor de las extremidades. El resto de la exploración es anodina.

Evolución: tras ser valorado en consulta, se deriva a oftalmología, que orientan como una posible mononeuropatía isquémica. Es ingresado en neurología, donde realizan analítica. Destaca una HbA_{1c} de 10,9%. Indican tomografía computarizada craneal que resulta normal, y resonancia magnética (RM) craneal con angio-RM que muestra imágenes bihemisféricas compatibles con secuela microangiopática. Finalmente, orientan como mononeuropatía isquémica de origen microangiopático en el contexto de diabetes mal controlada y deciden alta bajo control estricto de factores de riesgo cardiovascular a cargo de su médico o médica de atención primaria.

Conclusiones

El mal control crónico de la diabetes conlleva un elevado riesgo de presentar complicaciones, tanto macroangiopáticas como microangiopáticas. Para evitarlas, las últimas guías recomiendan objetivos de control más estrictos, en especial en pacientes jóvenes o aquellos pacientes de edad más avanzada, pero con funcionalidad conservada. Las principales intervenciones en los estilos de vida y farmacológicas son responsabilidad del médico o médica de familia, quien es el principal encargado de llevar el control e individualizar las acciones según las necesidades del paciente. Además, no debe limitarse solo al control de la glicemia, sino que debe modificar el entorno (familia), controlar otras comorbilidades, promocionar los hábitos de vida saludables y conciliar la terapéutica que mejor se adapte a la realidad del paciente y de la enfermedad.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BUDEIDI SIDAHMED ABEIDI
MONTSERRAT BELMONTE GARRIDO
YOSENDI PARDO DOMÍNGUEZ

Contacte:
buddy-78@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8777

Comunicació:
PÒSTER

Zoonosis en el àmbit de atenció primària, a raïz de un caso clínic

Informe de caso del àmbit de urgències hospitalàries.

Derivaron desde el centro de atención primaria (CAP) un hombre de 55 años con enolismo crónico, granjero, que consultó en el CAP por fiebre termometrada de 39 °C de 3 días de evolución, de predominio vespertino, acompañada de sudoración y malestar general, que no cedía con antipiréticos. Asistió el día previo al parto de una de sus vacas. Exploración física anodina. En la analítica destacan reactantes de fase aguda elevados (leucocitos 13.300×10^3 U/mcl, neutrófilos 89,7%. Proteína C Reactiva 69,2 mg/l) y procalcitonina 8,27 ag/l. Se orientó como zoonosis. Se plantearon como diagnósticos diferenciales rabia, rickettsiosis, anisakidosis, brucelosis, borreliosis, criptococosis leptospirosis y coronavirus (síndrome respiratorio de Oriente Medio [MERS] y SARS-CoV-2).

Identificación de problemas: deben tenerse presentes las zoonosis en los diagnósticos a descartar en casos de fiebre sin foco en el ámbito de atención primaria. Tratamiento y planes de actuación: cobertura antibiótica empírica e ingreso hospitalario, donde evolucionó favorablemente con mejoría clínica y remisión de la fiebre, por lo que se consensuó alta, pendiente de hemocultivos.

Conclusiones: llaman la atención las zoonosis en cuadro febril sin foco en el ámbito de la atención primaria. Cabe resaltar la profesión como elemento que hay que tener en cuenta en la anamnesis y su orientación.

MAR LLOBET ESTEBAN
NÚRIA MORLANS SÁNCHEZ
IMMACULADA FROU LLENAS

Contacte:
mar.llobet@outlook.es

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8778

Comunicació:
PÒSTER

Gota tofàcia: fracàs terapèutic o mala adherència

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de la consulta: home de 72 anys que consulta per lesions nodulars a nivell de les extremitats superiors.

Antecedents personals: gota articular, neoplàsia de colon (intervenció el gener de 2022), hipertensió arterial, asma i hiperplàsia benigna de pròstata. Herborista.

Anamnesi: consulta per aparició de lesions nodulars a les mans, dits, avantbraços i colzes de 2 anys d'evolució. S'han fet més superficials. Té dificultat per flexionar completament els dits. Explica crisis de gota des de fa >20 anys.

Exploració: lesions nodulars blanquinoses subcutànies a les mans, dits, avantbraços i colzes, amb evidència de granulació blanca sense extrusió.

Proves: últimes analítiques amb àcid úric entre 9,9-11,6 mg/dl.

Judici clínic: condrocalcinosi, artritis per dipòsit de cristalls, artritis reumatoide, artritis reactiva, artritis psoriàsica, traumatisme o artrosi.

Donada la història clínica i les característiques de les lesions es diagnostica de tofus gotós.

Es revisa la història clínica i s'objectiven múltiples consultes al llarg dels anys per crisis de gota. Inicialment s'indica tractament amb al-lipurino, i com que el pacient persisteix amb valors d'àcid úric elevats, s'augmenta la dosi d'al-lipurinol. Malgrat la intensificació del tractament desenvolupa tofus gotós. Finalment explica que mai ha pres l'al-lipurinol i que s'ha tractat amb medicina alternativa. No accepta cap tractament farmacològic.

Tractament: s'indaga sobre les causes per les quals no vol tractament farmacològic i s'expliquen les diferents alternatives terapèutiques. S'explica que no hi ha evidència científica dels tractaments que està fent. El pacient acaba acceptant el tractament.

Conclusiones: aquest cas mostra l'evolució de la gota no tractada i la importància d'una bona relació metge/essa-pacient. Davant del fracàs terapèutic d'una medicació és important indagar si el pacient ha estat seguint les recomanacions terapèutiques i quines són les seves motivacions per no fer-ho. Posteriorment s'han d'explicar les alternatives terapèutiques existents i plantejar els possibles escenaris que poden derivar-se de les decisions que es prenguin, sempre respectant la seva voluntat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MERCÈ BUSQUETS ESCOBET
MONTSERRAT CIURANA TEBÉ
ANNA BENAVIDES BOIXADER
ANGELICA PAOLA MAIMONE FARIAS

Contacte:
merce.buesc@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8779

Comunicació:
PÒSTER

Gimcana de la insuficiència cardíaca

Objectius: actualització en el maneig i tractament de la insuficiència cardíaca.

Millora de les habilitats pràctiques relacionades amb proves complementàries realitzades des de l'atenció primària i útils en el tema tractat.

Incentivar el raonament clínic.

Motivar el treball en equip i la dinàmica de grup.

Descripció: en el context de monogràfics de formació (format mensual) adreçats a residents de medicina familiar i comunitària (MFIC) que s'estan realitzant al nostre centre, la nostra unitat assistencial va elaborar una gimcana relacionada amb la temàtica de la insuficiència cardíaca.

Estava plantejada per reforçar els coneixements relacionats amb el diagnòstic, maneig, interpretació de proves complementàries i tractament. Prèviament, es van realitzar ponències teòriques revisant les guies de la Societat Europea de Cardiologia (ESC) 2021, de l'American Heart Association (AHA) 2022 i actualitzacions terapèutiques del darrer any.

Per tal de dur-la a terme, vam dividir els residents i els tutors (MFIC i infermeria interna resident [EIR]) en tres grups que disposaven de pistes per arribar a les diferents estacions (mitjançant jeroglífics, codi Morse i altres signes). Vam plantejar quatre estacions diferents on hi vam treballar: dos casos clínics (tractament i proves complementàries), un taller de realització d'electrocardiografies i un taller d'interpretació del monitoratge ambulatori de la pressió arterial (MAPA).

Conclusions: l'experiència va ser rebuda molt favorablement per part de residents i tutors. Vam revisar ítems establerts com a obligatoris dins del programa de residents amb una dinàmica més divertida i diferent. Treballar casos clínics en grups petits permet reforçar les mancances de manera més individualitzada i facilita l'obertura d'un debat entre els participants. Incentivar la competitivitat va millorar la implicació de tots els membres dels grups.

Aquest tipus de formacions són aplicables i reproduïbles, necessiten pocs recursos i no requereixen una elevada complexitat en el plantejament. Permeten treballar temàtiques diferents amb un enfocament pràctic i a la vegada divertit.

Aquesta formació i dinàmica es pot realitzar en qualsevol equip d'atenció primària, ja que requereix un mínim de material, però està pensada especialment per a centres docents.

MARIA ANTÒNIA COLL BOSCH
RAMON SORALUCE ACEBO
NELA AVUSO TORRIJOS

Contacte:
28750mcb@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8782

Comunicació:
PÒSTER

Ara ronco

Motiu de consulta: pacient de 80 anys, que acudeix a consultes externes perquè ronca.

Clínica: refereix des de fa 4 mesos quadre de debilitat muscular de predomini vespertí, dificultat per a la deambulació i per mastegar (menja triturat). Sense diplopia, dismàsia i dificultat per a la ingesta, amb caiguda de parpelles i sense disfonia. La clínica empitjora al llarg del dia. Sense febre ni cap altra clínica. Intervingut d'adenocarcinoma de recte el 2011, intervingut de timoma benigne B3pT2R1 i radioteràpia el 2015, arrel de troballa asimptomàtica en estudi d'extensió.

Exploració clínica: llenguatge conservat, motilitat ocular extrínseca normal, sense diplopia a la supravisió. Amb progressió a la ptosi i fatigabilitat de la veu als 50 sec. Masseters 4+/4+, deltoïdes 4+/4+ amb fatigabilitat 3/4 quan pica 10 vegades de mans. No fa més de dues flexions cervicals. Debilitat de cintura escapular 10/20, amb debilitat 3/5; debilitat de cintura pèlvica: fa 10/20 repeticions amb debilitat 4/5, sense dèficit sensitiu. Resta d'exploració normal.

Exploracions complementàries: 1. Anàlítica: anticossos anti receptor d'acetilcolina (ACHR) positius, resta d'anàlítica normal. 2. Tomografia computada toràcica normal. 3. Electromiograma: alteracions del *jitter* per estimulació de 10 Hz, alteració de placa motora suggestiva de miastènia *gravis*. 4. Test de Tensilon® positiu.

Judici clínic: el pacient és derivat a urgències, per alta sospita de miastènia *gravis*. Fan el test de Tensilon®, que és positiu i s'inicia tractament amb Mestison® i corticoides.

Presenta una millora espectacular de la simptomatologia, amb desaparició de la dismàsia i de la debilitat muscular, recupera la deambulació.

Diagnòstic diferencial: polimiàlgia reumàtica, tumor cerebral, síndrome del declivi de l'ancià, botulisme, síndrome de Lambert-Eaton, síndrome paraneoplàstica.

Comentari final: el diagnòstic de la miastènia *gravis* es realitza fonamentalment per sospita clínica i això només és possible si es fa una minuciosa història clínica i una exploració física acurada. En aquest cas, l'antecedent de timoma ens posava sobre la pista.

Exploració per motius? O valoració integral del pacient?

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MAYLOS RODRIGO CLAVEROL
BELEN MALLA CLUA
YVETTE MIRÓ BERNAUS
NOELIA CABRERO MINGUELA
MARIA ESTEFANIA PASTELLS MASIA
GERARD PIÑOL RIPOLL

Contacte:
drodrigo.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8784

Comunicació:
PÒSTER

Intervención multidisciplinar en pacientes con deterioro cognitivo: estimulación cognitiva asistida con perros

Objetivos: evaluar la eficacia de un programa de terapia asistida con animales (TAA) basado en la estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo (DC) leve/moderado. Determinar la satisfacción de los participantes.

Metodología: estudio intervención, pre y post. Ámbito: atención primaria (AP) y unidad trastornos cognitivos (UTC), coordinación de niveles asistenciales. Población geriátrica no institucionalizada (>60 años) con DC leve/moderado según Minimental test (MMSE) = 15 y = 30, atendidos en UTC o AP.

Intervención: 16 sesiones grupales (8 pacientes/grupo) con estimulación cognitiva (memoria, praxis, gnosia, funciones ejecutivas), 1 h/semana. Profesionales: terapeuta ocupacional UTC, enfermera AP, técnico TAA, perro de terapia.

Variabes: edad, sexo, MMSE, TMT-A (velocidad de procesamiento mental) y MIS (memoria verbal).

Análisis: variables numéricas medianas y desviación estándar (DE), categóricas FA y FR. Diferencias entre centros: *t-student* para numéricas y ji cuadrado para categóricas. Evaluación del efecto de la intervención antes y después *t-student* pareadas. Significación estadística $p < 0,05$.

CEIC IDIAP: P17/011. Protocolos de bienestar animal y prevención de la zoonosis.

Limitaciones: falta grupo control; evolución degenerativa DC.

Resultados: participantes: 48 (UTC 33 [68,8%]/AP 15 [31,2%]); media de edad: 75,8 (8,66) años; mujeres: 66,7%; DC leve: 75%, DC moderado: 25%. Se objetivó mejora cognitiva en los valores pre y posintervención, pero no significativa: MMSE 0,79 (3,13) ($p = 0,086$), TMT-A 2,96 (18,7) ($p = 0,278$), MIS 0,10 (1,32) ($p = 0,588$). No se hallaron diferencias significativas entre los resultados de la intervención realizada en AP y UTC. Satisfacción (0-4): ¿Le gustó la actividad? 3,96 (0,20). ¿Cree que los ejercicios fueron útiles? 3,94 (0,24). ¿Los recomendaría a amigos? 3,98 (0,14).

Conclusiones: a pesar de tratarse de patología degenerativa, se logró mantener las capacidades cognitivas y puntuaciones elevadas en satisfacción.

Estudio realizado desde AP y coordinado con la UTC, atendiendo a las necesidades de mejora en el manejo del DC y aportando un enfoque innovador y no farmacológico, como es la estimulación cognitiva mediante la TAA. Favorece el trabajo multidisciplinar y mejora la atención a los pacientes.

MARINA TOMÀS BADELL
MARTA CUNÍ MUNNÉ
CLAUDIA GUASCH NIUBÓ

Contacte:
mcunimunne@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8785

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, m'ha picat una aranya, tinc aquesta taca i no em trobo gens bé

Àmbit del cas: servei d'urgències del CUAP.

Motiu de consulta: picada d'artròpode.

Història clínica

Antecedents personals: sense interès.

Anamnesi: dona de 34 anys natural de Colòmbia, consulta per una picada "de una aranya grande" de 72 h d'evolució amb rash cutani, pruija generalitzada, dolor urent a la picada, cefalea intensa, vòmits i diarrea, palpitations i dolor toràcic.

Exploració física: hemodinàmicament estable, 37,7 °C, saturació d'oxigen basal del 99%, auscultació cardiorespiratòria anodina. Rash cutani generalitzat, zona picada amb hematoma violaci abdominal. S'intenta que identifiqui l'agent amb imatges de paparres i aranyes, sense èxit. Atesa la possibilitat de rickettsiosi, es contacta amb internista hospitalari i es deriva per a serologies i hemocultius. Postextracció s'inicia empíricament doxiciclina 100 mg/12 h durant 7 dies i ceftriaxona 1 g IM.

Proves complementàries: analítica, radiografia de tòrax i electrocardiografia normals. Hemocultius negatius per a anticossos immunoglobulina (Ig) G *Borrelia burgdorferi* (Lyme), IgG *Rickettsia conori*, IgM *Rickettsia conori*, IgM *Coxiella burnetti* i IgM *Borrelia burgdorferi*. Anticossos IgG *Coxiella burnetti* positius (febre Q 1/320) que s'interpreta com a cicatriu serològica.

Uns dies després manté l'exantema i la picada es transforma en una gran escara necròtica.

Diagnòstic diferencial: carboncle, herpes zòster, anafilaxi, rickettsiosi, lupus eritematos sistèmic, vasculitis...

Judici clínic: per anamnesi, causalitat, negativitat serològica i ràpida evolució necròtica de la picada es va sospitar loxoscelisme.

Tractament: mesures de suport, antibioticoteràpia si hi havia sospita de sobreinfecció i desbridament de l'escara.

Conclusions

Up to date de les guies i revisar la teràpia empírica per disminuir la mortalitat de les rickettsiosis, ja que són infeccions tractables que podem trobar al nostre medi. Cal conèixer la clínica associada a l'aracnosi i el seu maneig clínic segons temps d'evolució, clínica (cutània o sistèmica) i complicacions.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANNA VILADIU ILLANAS
MARINA PELFORT MORENO

Contacte:
mpelfort.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8787

Comunicació:
ORAL

Síndrome de Magnan, més enllà de la pruija per escabiosi

Pacient de 43 anys que consulta a atenció primària per pruija generalitzada de mesos d'evolució. És un home fumador, sense cap antecedent mèdic rellevant i que no realitza cap tractament habitual ni té al·lèrgies conegudes.

El pacient comenta que fa 6 mesos té molèsties generalitzades, pruija i lesions per tot el cos. A l'inici de la simptomatologia va ser visitat a urgències i va ser diagnosticat d'escabiosi. Va fer tractament tòpic amb Sarcop® 50 mg/g (permetrina) i mesures preventives.

En la nostra visita, el pacient està molt nerviós, agressiu, explica que s'ha aplicat més de 10 tubs de permetrina i que no li ha millorat gens la clínica, que necessita més tractament. Crida l'atenció que ha marxat de casa i ha abandonat el cotxe, ja que considera que no ha pogut eliminar els paràsits, tot i la neteja exhaustiva. Expressa empitjorament de la pruija, no de predomini nocturn, i "nota" els microorganismes movent-se per diferents parts del cos. En l'exploració destaquen lesions de rescat recents i altres en procés de cicatrització generalitzada, sense lesions interdigitals. En la dermatoscòpia no s'observen lesions suggestives d'escabiosi.

Diagnòstic diferencial: escabiosi, dermatitis atòpica, sudamina, urticària, síndrome de Magnan, síndrome d'Ekbohm, insuficiència renal, ferropènia, colèstasi. Davant la sospita de síndrome de Magnan, es realitza el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) dirigit i es confirma el consum de cocaïna.

Es deriva per a desintoxicació. La síndrome de Magnan, descrita l'any 1896 pel Dr. Magnan, és una manifestació psiquiàtrica derivada de la intoxicació per cocaïna. És un quadre al·lucinatori zoopàtic que fa sentir per sobre o per sota de la pell petits animals, insectes o paràsits. Sovint, la picor que es percep porta a gratar-se.

Conclusió i aplicabilitat: aquest cas demostra la rellevància del PAPPS i de l'anamnesi a l'atenció primària. És molt important el bon judici clínic i no deixar-se portar pel discurs del pacient i el tractament que demana.

CARMINA POBLET CALAF
CARLOTA REPOLLÉS DE DALMAU
LEONOR SÁNCHEZ CORTIELLA
ANTONIA CABALLERO ALÍAS

Contacte:
cpoblet.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8788

Comunicació:
ORAL

Actius comunitaris de l'àrea bàsica de salut

Objectius: conèixer els actius comunitaris a més de les característiques físiques i sociodemogràfiques de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) per poder contextualitzar socialment i comunitàriament l'atenció individual i familiar, aprendre a treballar en xarxa i intersectorialment.

Descripció de l'experiència: l'equip de salut comunitària de l'equip d'atenció primària (EAP) dissenya una ruta que recorre els diferents entorns de l'ABS i realitza una convocatòria adreçada als estudiants de medicina que roten pel CAP, residents de medicina familiar i comunitària i a veïns i veïnes vinculats a les associacions de l'ABS o al programa Pas a Pas.

Posteriorment es realitza una caminada a través de la ruta, amb parades davant de diferents actius, i una o més persones del grup descriuen i comparteixen la seva experiència amb cadascun dels recursos que trobem en el camí. També ens aturem per valorar diferents aspectes de l'entorn que poden contribuir a la salut, i els recursos que no s'identifiquen com a actius, fent propostes sobre la transformació que haurien d'experimentar per a esdevenir actius en salut. A més es recullen fotografies i vídeos.

Els residents i estudiants fan una sessió de devolució a l'EAP.

Conclusions: la participació de veïnes i veïns del barri en aquesta ruta permet que estudiants i residents descobreixin actius i incorporin una mirada salutogènica en la seva pràctica clínica, a més de prendre consciència sobre la influència dels determinants socials de la salut. Aquesta activitat permet establir vincles de confiança entre l'equip i la comunitat.

Aplicabilitat: l'experiència permet que veïnes i veïns contribueixin a la formació de pre i postgrau, i els estudiants i residents adquireixen coneixements i habilitats sobre l'orientació comunitària de la salut d'una manera activa, crítica i participativa. La sessió de devolució permet transmetre aquests aprenentatges a la resta de membres de l'equip de salut.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ARIADNA CARLES PALLARÉS
SUSANNA VARGAS VILA
MARIA ÀNGELS BURSET CARRERAS

Contacte:
ariadna.carles@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8789

Comunicació:
PÒSTER

La importància del “copia y pega”

Home de 81 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, exfumador, hipertens, dislipèmic, amb antecedent de carcinoma urotelial de bufeta el 2009 (lliure de malaltia), accident cerebrovascular recuperat l'any 2011 i en estudi amb neurologia per parkinsonisme. En tractament anticoagulant per arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular (ACxFA) amb acenocumarol des de l'any 2011, amb seguiment hospitalari fins el 2014 i posteriorment a l'atenció primària.

Arran d'irregularitat en els controls de l'índex internacional normalitzat (INR; fora de rang terapèutic >60%), es fa revisió de la història clínica. A múltiples cursos clínics consta ACxFA, però no s'identifica l'origen del diagnòstic. Inicia tractament el 2011 arran d'un ictus recuperat de probable origen cardioembòlic. Es revisen electrocardiogrames del període 2011-2022 i Holter del 2011, sense trobar-ne cap de patològic. Tanmateix en l'ecocardiograma del 2011 destaca només una dilatació moderada de l'aurícula esquerra. En el primer full de seguiment d'anticoagulants consta la indicació del tractament per dilatació de l'aurícula esquerra sense diagnòstic d'ACxFA.

En absència de justificació per a ACxFA, es realitza interconsulta sense pacient amb neurologia per consensuar un pla d'actuació. Es repeteix ecocardiograma, que descarta la presència de fonts cardioembòliques majors. També es realitza eco-Doppler de tronc supraòrtic i transcranial, que mostra signes discrets d'ateromatosis carotídia. Finalment, s'acorda suspensió de l'anticoagulació i inici d'antiagregació amb àcid acetilsalicílic (AAS) 100 mg/24 h.

Conclusions i aplicabilitat a l'atenció primària: aquest cas clínic ens demostra la importància de revisar constantment els diagnòstics i el pla de medicació dels nostres pacients. Davant l'estrès i la manca de temps és fàcil caure en l'error del “copia y pega” o renovar automàticament tot el pla de medicació. Al final, ja sigui per error humà o per canvis en la indicació del tractament, molts pacients arrosseguen tractaments mal indicats. Cal treballar diàriament des de l'atenció primària, conjuntament amb l'àmbit hospitalari, en contra de la inèrcia terapèutica.

MAYLOS RODRIGO CLAVEROL
ANNA HUGUET MIGUEL
JÚLIA JOVE NAVAL
ESTHER RODRIGO CLAVEROL
VANESSA PERA GUARDIOLA
MARIA PILAR RIVERA MOYA

Contacte:
drodrigo.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8790

Comunicació:
PÒSTER

Teràpia assistida amb gossos com a tractament complementari per a infants amb trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat

Objectius: l'objectiu principal de l'estudi va ser avaluar l'eficàcia d'una intervenció grupal assistida per animals (gossos) sobre els símptomes del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i les funcions executives en infants amb TDAH.

Mètodes: assaig clínic aleatoritzat de dos braços. Van ser aleatoritzats 36 nens d'entre 7 i 12 anys diagnosticats de TDAH en dos grups. En el grup experimental (GE), 14 sessions de teràpia assistida amb animals (TAA) (1 h/setmana) + tractament habitual; i en el grup control (GC), el tractament habitual. Els participants van ser reclutats d'un centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i d'un centre d'atenció primària (CAP). Es tracta d'una intervenció psicoeducativa multidisciplinària, coordinada entre CAP i CSMIJ, amb un gos de teràpia com a motivador i facilitador.

Criteris d'exclusió: al·lèrgia o por al gos, antecedent d'agressivitat cap a animals. L'avaluació va incloure símptomes de TDAH i mesures d'atenció. Es va utilitzar l'escala de Conners per avaluar els símptomes del TDAH i la prova neuropsicològica CARAS-R per avaluar l'atenció. Es va aplicar una avaluació pre i post intervenció. Es va realitzar la prova U de Mann-Whitney i Wilcoxon.

CEIC-IDIAP: P18/079. Protocols de zoonosi i benestar animal.

Limitacions: disseny *open-label*, patologia mental associada, mida de la mostra.

Resultats: el 72% del GE eren nens, masculins, i el 74% del GC. Edat mitjana: 10 anys. La presentació combinada del TDAH va ser la més freqüent en ambdós grups. El 63% dels infants van rebre tractament farmacològic prescrit.

Els resultats preliminars mostren un efecte positiu i significatiu sobre la inatenció ($p = 0,04$), la hiperactivitat impulsiva ($p = 0,02$) i els símptomes combinats de TDAH ($p < 0,01$) referits pels pares del grup experimental. No es van observar diferències entre grups en les avaluacions neuropsicològiques d'atenció.

Conclusions: malgrat ser una mostra petita, els resultats suggereixen l'eficàcia clínica d'una intervenció de TAA per a infants amb TDAH, des de l'atenció primària i en coordinació amb el CSMIJ, i mostra l'interès de considerar més investigacions.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JEAN SEBASTIEN URRUTIA
SILVIA SÁNCHEZ ROGEL
ROSA MARÍA VIVES ABELLÓ

Contacte:
jsurrutia@xarxatecla.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8791

Comunicació:
PÒSTER

Entra por la puerta una resonancia urgente

Consulta de atención primaria.

Motivo de consulta: lumbociatalgia e incontinencia.

Fumador de medio paquete al día, enolismo crónico (4 UBE/día), sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] de 28,1), hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica, hernia inguinal izquierda recidivante, lumbociatalgia izquierda de 12 años de evolución, rizólisis percutánea de L3-S1 en el 2012.

Acude por empeoramiento de lumbociatalgia, de 4 días de evolución, asociada en las últimas 8 horas a incontinencia urinaria y fecal, y aumento de la debilidad de extremidad inferior izquierda.

Exploración física: consciente, orientado, sin alteración de funciones superiores. Hipoestesia en extremidad inferior izquierda. Balance muscular derecha/izquierda: psoas 4+/4-, cuádriceps 4+/4-, isquiotibiales 4+/4-, tibial anterior 5/3, gastrocnemios 5/3, extensor del primer dedo 5/3. Hiperreflexia rotuliana bilateral simétrica, reflejo aquileo normal simétrico, sin clonus. Hipotonía de esfínter anal.

Juicio clínico: síndrome medular agudo no traumático

Diagnóstico diferencial: mielitis transversa, neoplasia raquídea y espondilosis.

Derivación a hospital para resonancia magnética (RM) espinal. Se objetiva fistula arteriovenosa dural espinal (FAVDE) asociada a edema medular difuso. Cirugía urgente: laminectomía D6-D7 y desconexión de FAVDE D6 bajo monitorización neurofisiológica y arteriografía intraoperatorias.

Visita de control a los 2 meses posterior del alta médica. Mejoría sintomática, pero persisten hipoestesia y parestesias en extremidad inferior izquierda y región perineal, y sensación de torpeza al deambular. Episodio aislado de incontinencia urinaria. Se inicia tratamiento con gabapentina y visita de control.

El síndrome medular agudo es una emergencia médica cuyo diagnóstico tardío puede acarrear un déficit neurológico permanente. La etiología no traumática (oncológica, degenerativa, infecciosa, iatrogénica, vascular) es la segunda en frecuencia y suele presentar una evolución aguda-subaguda. Ante un síndrome medular agudo no traumático en un paciente, la prueba diagnóstica de elección es una RM urgente. Las FAVDE son malformaciones vasculares adquiridas que constituyen una causa muy infrecuente de mielopatía progresiva. Su detección temprana mediante RM es importante, pues el tratamiento suele detener la progresión sintomática de la mielopatía.

VIOLETA URIACH TIMONEDA
MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO
CARME PÁEZ REGADERA
MARIA ÀNGELS CODINACH OLIVERAS

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8792

Comunicació:
PÒSTER

Investiguem i compartim

Objectius de l'experiència: compartir i fomentar la investigació multidisciplinària a primària.

Descripció de l'experiència: en el nostre equip d'atenció primària, que inclou tres CAPS i consultoris rurals i semirurals, s'ha organitzat una primera jornada d'investigació. La proposta estava oberta a tots els estaments per tal de fomentar que es presentessin projectes variats i globals. Tothom podia presentar tots els projectes que volia, també els ja presentats en congressos, jornades o en revistes, així com estudis nous o projectes en procés.

El comitè organitzador, format per membres dels diferents estaments, va fer una tria i es van seleccionar aquells que es presentarien a la jornada, un total de 15 projectes.

Tot l'equip estava convocat. La jornada es va dur a terme durant la jornada laboral i es van reorganitzar les agendes mantenint únicament l'activitat urgent per tal de facilitar-ne al màxim l'assistència, que va ser un èxit.

Després de cada presentació, tots els assistents podien votar i avaluar la claredat de l'exposició, l'interès del projecte, l'originalitat o l'ampliació d'aquest a atenció primària. Aquestes votacions van determinar els guanyadors i els premis de formació i recerca.

Conclusions: la jornada va permetre compartir experiències d'investigació de tots els estaments, visualitzar i compartir tota la feina que fan els companys i companyes.

Anima a tots els treballadors i treballadores a seguir investigant (ja s'han iniciat grups de treball per organitzar nous projectes d'investigació).

Els premis poden ajudar a dur a terme nous reptes en recerca.

Aplicabilitat: tots els equips poden fer una jornada similar, que creiem que és enriquidora i motivadora, especialment per a aquells centres amb estudiants o residents.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANNA VALLDOSERA ESCATLLAR
CARMEN RAMOS DOMENECH

Contacte:
anna_valldo@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8794

Comunicació:
PÒSTER

Més enllà de les aftes bucals

Àmbit del cas: atenció primària, dermatologia.

Motiu de consulta: aftes bucals.

Història clínica: enfocament individual

Antecedents personals: sense al·lèrgies medicamentoses, fumador de 90 paquets/any, sense factors de risc cardiovascular. Condiloma acuminat tractat fa 14 anys.

Anamnesi: home de 53 anys que acut a consulta d'atenció primària referint persistència d'aftes bucals doloroses de 6 setmanes d'evolució amb lleu sagnat autolimitat sense febre ni altra simptomatologia. Ha rebut tractament amb amoxicil·lina-àcid clavulànic i nistatina sense millora.

Exploració física: hiperèmia conjuntival, mucosa erosionada en diferents estats d'evolució que afecta la mucosa jugal, paladar tou, lingual amb signe de Nikolsky positiu. Úvula centrada amb pilars amigdalins simètrics.

Proves complementàries: aporta analítica sanguínia sense alteracions a l'hemograma, bioquímica ni hemostàsia i anticossos del virus de la immunodeficiència humana (VIH) i antigen p24 negatius.

Enfocament familiar i comunitari: natural de Senegal, viu en un pis compartit amb 10 persones.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: hi ha tres etiologies possibles per a les lesions orals erosives, ulceratives i ampul·lars: d'origen farmacològic, d'origen infeccios, com el virus de l'herpes zòster (VHS), el VIH o la sífilis, i d'origen immunitari. En aquest últim grup es troba el pèmfing vulgar, foliaci i paraneoplàsic, i el pèmfingoides ampul·lar i de membrana de mucoses. Tenint en compte les característiques de les lesions, l'afectació mucosa i el signe de Nikolsky positiu, s'orienta com a possible pèmfing vulgar.

Pla d'actuació i tractament: se sol·licita una analítica completa amb serologies i es realitza una interconsulta urgent a dermatologia per tal de realitzar una biòpsia de la mucosa bucal, amb resultat compatible amb pèmfing vulgar amb dipòsits intercel·lulars de C3 i immunoglobulina (Ig) G en estrats basals de l'epidermis. S'inicia tractament amb prednisona i azatioprina.

Evolució: remissió completa.

Conclusions

Destacar la importància d'un bon diagnòstic diferencial amb l'exploració física per optimitzar el nivell de gravetat de les malalties.

ANTONI SANTIGOSA AYALA
ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH
DANIELA BUTANCIU
CLARA ISABEL GASCÓN MORA
MARTA BUERA POTAU
ALBA GONZÁLEZ RUIZ

Contacte:
tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8795

Comunicació:
ORAL

El paper del gènere en el maneig de l'anticoagulació per fibril·lació auricular a l'atenció primària

Objectius: definir les característiques dels pacients amb fibril·lació auricular (FA) atesos a atenció primària des d'una perspectiva de gènere.

Material i mètodes: estudi transversal en centre semiurbà d'atenció primària de pacients amb diagnòstic actual de FA. Registrem variables sociodemogràfiques, clíniques i analítiques, el temps en rang terapèutic (TRT) al cap de 6, 12 i 24 mesos. Definim com a bon control de l'anticoagulació aquells pacients amb TRT en >60% de les determinacions.

Resultats: prevalença de FA: 1,6% (n = 176). El 54% són dones. D'aquestes, l'edat mitjana és de 78,1 +/-12,3 anys. Hipertensió arterial 78,9%, diabetis *mellitus* de tipus 2 31,6%, dislipèmia 46,3%, obesitat 78,9% insuficiència cardíaca 38,9%, cardiopatia isquèmica 23,2%, accident vascular cerebral 9,5%, consum perjudicial d'alcohol 2,1% i tabaquisme 5,3%, amb consum significativament menor que els homes (*odds ratio* [OR]: 0,3; interval de confiança (IC) del 95%: 0,09-0,78). Un 78,9% eren obeses i la insuficiència renal crònica estava present en el 54,9,2%. L'estadi més prevalent era el G3A (20,2%). Un 93,7% presentaven criteris d'anticoagulació segons CHA2DS2-VASc, amb significatives diferències respecte al gènere masculí (OR 3,1; IC 95%: 1,13-8,49). El 70,5% es trobava sense risc de sagnat, segons HAS-BLED. Només un 3,6% de les pacients amb risc de sagnat no prenia anticoagulants, i un 35,7% rebia antivitaminà K (AVK). El tractament més utilitzat són els anticoagulants directes (ACOD; 45,2%), seguits d'AVK (40%), però amb diferències respecte al gènere masculí, en el qual la prescripció d'ACOD és més alta (OR 2,7; IC 95%: 1,37-5,37). L'antiagregació representa el 5,3%, i un 9,5% no rep tractament. Presentaven criteris de mal control a cap de 6, 12 i 24 mesos el 50%, el 35,7% i el 20,8% de les pacients, respectivament, sense diferències respecte als homes.

Discussió/conclusions: existeixen diferències considerables entre gèneres en el maneig de l'anticoagulació en la FA. Moltes pacients amb TRT <60% són candidates a canvi terapèutic, però reben significativament menys ACOD. Un 35,7% dels pacients amb risc de sagnat alt segueixen amb AVK malgrat que els ACOD milloren el control de l'anticoagulació i redueixen el risc de sagnats fatals.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARMEN IOANA JARCA CIUCOS
FRANY LÓPEZ MOGROVEJO
VERÓNICA ALFONSO REYES
HECTOR ALAIN SABATIER MORALES

Contacte:
cjarca.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8796

Comunicació:
PÒSTER

Anàlisi DAFO. Una eina de treball al principi del camí en l'especialitat de medicina familiar i comunitària

Com a resident de primer any de medicina familiar i comunitària (MFIC) vaig utilitzar el DAFO (debilitats, amenaces, forteses i oportunitats) amb la meua tutora com a eina d'avaluació inicial al començament de la meua especialitat.

Crec que ens ajudaria per fer una anàlisi actual i estratègica per a una millor organització conjunta del pla de formació personalitzat, i aconseguir així tots els objectius segons les meves necessitats formatives durant els 4 anys d'especialitat.

Volem que sigui avaluable i millorable anualment i poder establir així, de forma cronològica, noves fites i prendre fàcilment decisions.

Fins a avui, com a debilitats hem definit: comunicació amb els altres residents, el meu nivell intermedi de llengua catalana, com saber gestionar el temps familiar i laboral, els nous sistemes informàtics i l'estil actual de la meua comunicació.

Les meves amenaces actuals més rellevants són: la distància recorreguda des de casa a la feina (70 km diaris) i la gestió del temps segons el *multitasking* diari.

Les meves forteses són: l'ètica i el compromís, el treball en equip, el suport de la meua tutora i la meua família, l'alt nivell de resiliència, una actitud positiva i l'experiència laboral prèvia.

Com a oportunitats, crec en la visió integradora del sistema sanitari català, l'autonomia professional i les majors oportunitats laborals postespecialitat, nous interessos i reptes de futur.

El DAFO m'ajudarà a millorar la meua formació com a especialista en MFIC de forma constant i ordenada, segons els meus reptes, estar més motivada, ser més innovadora i apoderada.

Per això, recomanaria a tots els residents i tutors de les unitats docents de MFIC de Catalunya utilitzar l'eina DAFO anualment, perquè crec que ens aportaria a tots un valor afegit important en el procés de docència i formació.

PAULA PUEYO TIKAS
RITA AYALA
LAURA TORRENTS CUNILL

Contacte:
paulapueyotikas@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8797

Comunicació:
PÒSTER

Rash, pruija i febre, per telèfon i amb fotografies

Àmbit del cas: atenció primària, serveis d'urgències, ingrés a medicina interna.

Motius de consulta: "Rash cutani, pruija i febre".

Història clínica

Pacient de 72 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia, hipotiroidisme i vitil·ligen. En tractament crònic amb Eutirox®, torasemida, simvastatina i enalapril. Bona vinculació i bon control de la patologia crònica per atenció primària.

Des de fa 2 mesos inicia episodis de *rash* cutani morbil·liforme >24 h d'evolució amb pruija i pics de febre. Els quadres s'autolimiten amb una duració màxima de 4 dies.

Avui consulta telemàticament per un nou episodi molt més intens, tot i prendre antihistamínics orals. Ens fa arribar fotografies: s'observa un extens *rash* cutani morbil·liforme amb lesions eritematopapulomatoses no descamatives que afecten el tronc, les extremitats, els palmells i les plantes. Pel que explica la pacient, el Nikolsky és negatiu. Febre de 38,8 °C, malestar general i pruija intensa acompanyen el quadre. Davant la sospita d'una toxicodèrmia GREU, es decideix derivar a urgències hospitalàries.

Evolució: a urgències, tot i la normalitat de les proves complementàries, es decideix l'ingrés i valoració per dermatologia. Se sospita una toxicodèrmia, una vasculitis o una síndrome de l'erupció medicamentosa amb eosinofília i símptomes sistèmics (DRESS). Es decideix extensió de l'estudi amb serologies virals (negatives) i tomografia computada toracoabdominal en què s'observa un augment de les adenopaties mediastíniques. Es practica biòpsia cutània que mostra un infiltrat limfocitari dèrmic perivascular a la dermis superficial, amb limfòcits activats i alguns neutròfils. A l'anàlisi de control, 2 ALT > AST, valors que donen suport al diagnòstic de DRESS.

Així doncs, tenint en compte les dades clíniques recollides, amb una puntuació de 6 a l'escala regiSCAR, es diagnostica un DRESS. S'inicia tractament amb corticoides orals, tòpics i antihistamínics amb franca millora i es decideix alta a domicili. No queda clar el fàrmac desencadenant.

Conclusió

Amb aquest cas es demostra que amb els pacients ben vinculats, la teledermatologia acompanyada d'una bona anamnesi telefònica pot ser útil i pot agilitar els processos diagnosticoterapèutics.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CAROLINA CALERO BLÁZQUEZ
MARLENE ROJAS
ZUNEL LUCÍA PINTOS VERJEL

Contacte:
ccalero.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8798

Comunicació:
PÒSTER

Erradiquem els matrimonis forçats!!

El matrimoni forçat (MF) és aquell que es produeix sense el consentiment d'un dels contraents, degut a la intervenció de terceres persones de l'entorn familiar. És una forma de violència masclista que comporta conseqüències devastadores en la salut mental i física. És una pràctica present a diferents zones del planeta i estesa a Catalunya degut als moviments migratoris.

A Catalunya s'han registrat 208 casos en el període 2009-2022. La Comissió per a la prevenció i l'abordatge dels matrimonis forçats (CPAMF) de la Garrotxa, pionera al territori català, té com a objectiu prevenir, detectar i intervenir davant de situacions d'MF per aconseguir que cap nena ni dona sigui sotmesa a un MF.

Descripció de l'experiència: la comissió està constituïda per una metgessa de família i una pediatra referent, representants dels mossos d'esquadra, dels serveis socials i dels equips d'assessorament i orientació psicopedagògica als centres educatius. Es reuneix de manera trimestral per fer el seguiment dels casos i de manera immediata en cas d'MF imminent. S'han realitzat sessions formatives i de sensibilització i la presentació oficial del circuit d'intervenció. Molts dels casos es detecten a les consultes d'atenció primària a partir d'indicadors d'alerta.

Conclusions: l'MF és una forma de violència masclista que comporta conseqüències devastadores en la salut mental i física. És fonamental la sensibilització i formació dels i de les professionals de l'atenció primària. La CPAMF de la Garrotxa treballa per prevenir, detectar precoçment i intervenir davant de situacions d'MF. Entre tots els professionals implicats hem d'aconseguir que cap nena ni dona de la Garrotxa sigui sotmesa a un MF.

Aplicabilitat: si a tots els territoris existís una comissió semblant, contribuiríem a erradicar els MF de les nenes i les dones de Catalunya.

ESTHER RIBES MURILLO
JUANA INÉS GARCÍA SOLER
RITA SALA ROBINAT
SILVIA CAZALILLA CHICA
LEONARDO GALVÁN SANTIAGO
PILAR VAQUÉ CASTILLA

Contacte:
eribes.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8802

Comunicació:
PÒSTER

Arsenal d'antidiabètics, com ha canviat la seva selecció?

Farmacovigilància avisa de sobredosificació i risc d'abús en dona de 45 anys i hiperdemanda de medicació, afectada de fibromiàlgia, espondiloartritis, sacroileïtis, discopatia cervicolumbar. Tractament: omeprazole, naproxèn, trazodona, pregabalina i oxicodona pautaada i 5 rescats/dia.

Sospitem d'abús d'opioides, que descartem.

Exploració: escala ESAS amb puntuació alta en dolor, insomni i ansietat.

Diagnòstic diferencial: abús, sobredosificació o tolerància per a opioides i hiperalgèsia induïda per opioides (HIO).

Es proposa rotació a metadona, que accepta.

Calculem dosi diària de morfina (825 mg/24 h), i es realitza rotació (1:12), equivalent a 68 mg de metadona. Reduït un 30%, s'inicia metadona 20 mg/12 h, i rescat amb 5 mg. Revisant secundarismes.

Primera setmana: disminuïm la metadona a 15 mg/12 h i iniciem 25 mg d'amitriptilina per neuropatia. Després de 15 dies disminuïm la metadona (10 mg/12 h). Presenta somnolència nocturna i es disminueix trazodona fins a la retirada. Es disminueix la metadona a 5 mg/12 h per l'estabilitat clínica i s'incrementa l'amitriptilina per l'augment de la neuropatia.

Quatre mesos després disminuïm pregabalina (150 mg/12 h).

Actualment el dolor, el son i l'ansietat estan controlades.

La HIO és la intensificació del dolor relacionada amb l'ús d'opioides i necessita un diagnòstic diferencial amb la tolerància a opioides. El mecanisme subjacent es troba relacionat amb el receptor N-metil-D-aspartat (NMDA), juntament amb altres mecanismes. La metadona, per les seves propietats com a opioide i antagonista d'NMDA, és una opció per tractar la HIO. Cal valorar que el canvi del tractament no activi les vies nociceptives.

La HIO que tractem amb disminució de dosis d'opioides es pot interpretar erròniament com a tolerància, que en requereix l'augment. Els mecanismes de la HIO són confusos i es relacionen amb els receptors NMDA i amb l'augment de la sensibilitat als estímuls nociceptius, tots interrelacionats i de caràcter genètic. La HIO sembla ser més comuna en pacients que reben opioides de manera crònica. No podem concloure sobre si alguns opioides estan més relacionats que altres amb la HIO.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CONCEPCIÓ BOU MIAS
IRENE PRAT GONZÁLEZ
VERONIKA VALENTINOVA DONKOVA
NATALÍ SAURA GONZÁLEZ

Contacte:
conxabou.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8803

Comunicació:
PÒSTER

Projecte ILUO® per a la detecció de les habilitats i les necessitats formatives d'un equip

Desplegament d'un pla formatiu en un equip d'atenció primària utilitzant l'ILUO. Es tracta d'una eina que pretén fer arribar els professionals a l'excel·lència en les habilitats definides prèviament. Cada professional s'autoavalua per a cadascuna de les habilitats proposades. Les sigles ILUO tenen un significat gràfic: representen l'avenç que es va tenint en el desenvolupament de les persones de l'organització; la quantitat de línies que formen cada lletra indica el nivell de maduresa de cada professional. Els quatre nivells d'habilitat ILUO indiquen:

Nivell I: persones que es troben en un procés de capacitat per conèixer i fer la seva tasca, sense intervenir en els processos.

Nivell L: persones que ja intervenen en els processos, però que necessiten supervisió.

Nivell U: persones que ja estan acreditades per complir el procés sota els estàndards i en el temps requerit.

Nivell O: persones que ja han acreditat tots els nivells d'habilitat i poden formar altres persones.

Amb els resultats obtinguts s'ha elaborat un pla formatiu per a cada col·lectiu professional i s'han buscat possibilitats de formació interna. En cas d'absència de coneixements dins de l'equip, es busca externament.

LAURA TORRENTS CUNILL
NIEVES BARRAGÁN BRUN

Contacte:
laura.tocu@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8804

Comunicació:
PÒSTER

Em sento dèbil, em cauen les bosses de les mans

Àmbit del cas: atenció primària, serveis d'urgències.

Motius de consulta: parestèsies i debilitat a les extremitats.

Història clínica

Dona de 57 anys, pacient habitual per diabetis i una síndrome ansiosodepressiva en tractament, acut, forçada a l'agenda, per pèrdua de força i sensibilitat a la punta dels dits d'ambdues mans. Durant els primers 90 seg de la visita expressa una desena de símptomes i queixes subjectives de salut, acompanyades d'una alta càrrega emocional. Refereix parestèsies que evolucionen als palmells l'últim mes, fins al punt de no poder manipular objectes petits. Explica cansament, falta de concentració, irritabilitat i inatenció que acompanyen el quadre. Les últimes 2 setmanes ha patit pèrdua de l'equilibri i marxa irregular.

En l'exploració neurològica destaca afectació distal de la força i sensibilitat de les extremitats superiors, reflexos osteotendinosos (ROT) exaltats, Romberg positiu i marxa inestable amb augment de la base de sustentació.

Es tracta d'una síndrome motora sensitiva subaguda. Tenint en compte la topografia del sistema nerviós central (SNC) i l'afectació, amb sospita d'una síndrome medul·lar, es decideix derivació a urgències hospitalàries.

Evolució: a l'anàlisi, anèmia macrocítica (s'amplia amb dèficit de vitamina B₁₂). Ingressa i es decideix ressonància magnètica medul·lar: es diagnostica una degeneració combinada subaguda i s'inicia tractament amb cianocobalamina 1 mg, intramuscular diari. Des de l'atenció primària seguim amb administracions setmanals fins que remet la clínica i realitzem cribratge etiològic del dèficit.

Conclusions

Podria haver estat una visita ineficient per un motiu de consulta poc específic, però ha resultat una patologia greu tractable. No hi ha casos tèrbols, hi ha entrevistes mal estructurades.

Es tracta d'un cas clínic ric en semiologia neurològica i coneixements d'anatomia, en què destaca la importància de l'entrevista clínica i es repassa la fisiopatologia d'una entitat poc freqüent en un motiu de consulta molt comú.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JESSICA SEVILLA RODRÍGUEZ
MARÍA ESTHER SANZ ÁLVARO
MARTA LORENZO IBÁÑEZ

Contacte:
drajessicasevilla@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8805

Comunicació:
PÒSTER

Virus de la hepatitis C. El privilegio de ser candidato a tratamiento

Àmbit: CAP, urgències i digestiu.

Pacient de 93 anys amb virus de la hepatitis C (VHC) actiu que acudeix a consulta de atenció primària (AP) per edemes en les extremitats inferiors.

En seguiment per digestiu des del diagnòstic de VHC (fa més de 15 anys) amb control semestral ecogràfic i analític que mostra discreta elevació permanent de les transaminases sense alteració ecogràfica més allà de hepatopatia crònica. Se desestimà el tractament donada l'edat del pacient i la absència de clínica.

Independient per a les activitats bàsiques de la vida diària, no fumador i abstemi. Hipertensió arterial en tractament amb lisinopril i hidroclorotiazida, plaquetopenia, hiperplasia benigna de pròstata. Intervencions: hernia inguinal i colecistectomia.

En l'exploració presenta constants vitals normals, saturació d'oxigen del 98%, sense disnea. Conscient i orientat. Auscultació cardiopulmonar normal. Ingurgitació yugular i reflexo hepatoyugular positius, edemes en ambdues extremitats inferiors fins a les rodilles amb fòvea. Abdomen globulós, no dolorós a la palpació, sense masses ni megàlies.

Se inicia tractament diurètic que el pacient no tolera per hipotensions a pesar de retirar els antihipertensius.

Lo citamos 2 dies després, i presenta discreta millora dels edemes. Se realitza ecografia abdominal on se objectiva líquid lliure en espai de Morrison i perièsplènic. Se decideix derivació a urgències de l'hospital de referència per a valoració.

La anàlisi sanguínea mostra aspartat aminotransferasa (AST) 95 UI/l i alanina aminotransferasa (ALT) 79 UI/l. Radiografia de tòrax i abdomen sense hallazgos. Se realitza paracentesis evacuadora i diagnòstica que descarta peritonitis bacteriana espontànea.

Ante una primera descompensació ascítica ingressa en planta de digestiu. Se realitza duodenogastroscoopia que mostra varices esofàgiques de gran mida, i en la biòpsia, focs de metaplasia foveolar gàstrica amb hiperplasia de les glàndules de Brunner. Se intensifica el tractament deplectiu i se inicia tractament antiviral ante pacient amb cirrosi hepàtica per VHC no erradicat (CV-RNA >800.000 còpies). CHILDB 7p MELD 12p.

El seguiment i la detecció temprana de la descompensació ascítica ha sigut clau per al bon desenlace del pacient. Algo impensable sense l'ús de tècniques com l'ecografia abdominal o la disponibilitat de revaloració en un curt període de temps.

IRENE MARSAL NAVARRO
MIREIA GARCÍA-VILLARRUBIA MUÑOZ
CLAUDIA ESTHER GUIZADA CHOQUE

Contacte:
imarsal.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8806

Comunicació:
PÒSTER

Pensa en el líquen quan l'hepatitis C pica

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 45 anys que acut per lesions cutànies.

Antecedents personals: virus de l'hepatitis C (VHC) crònic, esteatosi hepàtica, obesitat, valvulopatia mitral reumàtica, portador de pròtesi valvular, insuficiència aòrtica i hipercolesterolèmia.

Malaltia actual: el pacient acut perquè des de fa 2 setmanes presenta prujja generalitzada i petites pàpules planes eritematoviolàcies a la regió ventral dels avantbraços i a la regió tibial bilateral. Havia estat visitat prèviament per lesions similars al penis.

Exploració física: petites pàpules planes eritematoviolàcies a la regió ventral dels avantbraços i a la regió tibial bilateral.

Proves complementàries: anàlisi amb paràmetres dins de la normalitat, amb l'excepció d'anticossos d'hepatitis C immunoglobulina (Ig) G positius, resta de serologies negatives.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: el pacient va començar a consultar per lesions similars el 2015. Inicialment es va orientar com a urticària i millorava amb corticoteràpia i antihistamítics, però ha seguit presentant recurrències. Posteriorment va presentar també lesions al penis, que es van orientar com a balanitis fúngica.

Davant l'antecedent de VHC i l'aspecte i localització de les lesions, finalment es va orientar com un possible líquen pla associat a VHC.

Plans d'actuació i evolució: el pacient s'ha tractat amb Adventan[®], Clovate[®], cetirizina i davant de la persistència de lesions pruriginoses s'ha fet també una tanda de prednisona oral. Paral·lelament es va realitzar una anàlisi amb serologies, on es va descartar el virus de la immunodeficiència humana (VIH) i la sífilis, i es va confirmar la presència del VHC crònic.

Es va realitzar també interconsulta a dermatologia per valorar biòpsia i tractament específic, actualment està pendent de la visita. Les lesions han millorat; ha remès la prujja, i persisteixen les cicatrius hiperpigmentades a les extremitats.

Conclusions: és important, davant de lesions cutànies que no acaben de remetre amb els tractaments habituals, pensar en altres possibles diagnòstics diferencials, reconèixer bé les característiques de les lesions i pensar en la possible relació d'aquestes amb alguna malaltia sistèmica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARLES PULIDO HIDALGO
CARLA DOMÍNGUEZ ORTEGA
CARLA MUÑOZ PIQUERAS

Contacte:
carlesph95@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8808

Comunicació:
PÒSTER

Doctor, no recordo per què he vingut...

Àmbit: urgències, centre d'urgències d'atenció primària (CUAP).

Motiu de consulta: dona de 76 anys que consulta per quadre d'amnèsia anterògrada total i retrògrada fins a 24 h prèvies, que s'inicià de forma sobtada 2 hores abans de ser visitada, de forma immediatament posterior a un accés de tos (presenciat per un familiar). Ni la pacient ni l'entorn refereixen traumatisme craneoencefàlic associat.

Antecedents mèdics: crisis migranyoses de repetició, sense tractament; cognitivament preservada, independent per a les activitats bàsiques de la vida diària.

Exploració física: pressió arterial de 165/81 mmHg, 95 bpm i glicèmia capil·lar de 95 mg/dl.

Neurologia: Glasgow 15, pupil·les isocòriques i normoreactives. Sense alteració dels parells cranials, sense dèficits motors ni sensitius a les extremitats. Romberg i marxa estable, maniobres dit-nas i taló-genoll sense dismetries. Llenguatge fluent amb nominació conservada. Campimetria per confrontació sense dèficits. Dèficit total de memòria anterògrada, memòria retrògrada conservada amb excepció de les 24 h prèvies.

Orientació diagnòstica: amnèsia global transitòria.

Diagnòstic diferencial: accident vascular cerebral, amnèsia psicògena o dissociativa.

Proves complementàries: tomografia computada cranial (derivació a l'hospital): sense alteracions.

Maneig terapèutic: observació durant 24 h o fins a resolució, i no requereix tractament.

Comentari: l'amnèsia global transitòria és una patologia relativament freqüent a l'àmbit d'urgències, autoresolutiva i que no requereix tractament mèdic. En una pacient amb antecedents mèdics suggestius (historial de migranya i sense factors de risc cardiovascular) i amb una exploració neurològica sense altres alteracions, podem realitzar un fort diagnòstic de presumpció des d'urgències ambulatories. Sempre, però, caldrà derivació hospitalària per a estudi amb neuroimatge, ja que un accident vascular cerebral isquèmic a nivell del tàlem, hipotàlem, caudat o fòrnix podria presentar la mateixa clínica i caldria tractament urgent.

MARÍA ESTHER SANZ ÁLVARO
JESSICA SEVILLA RODRÍGUEZ
MARTA LORENZO IBÁÑEZ

Contacte:
sanzalvaroe@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8809

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, no puedo comer

Àmbit: atenció primària y servicio de dermatología.

Motivo de consulta: acude a atención primaria para control y tratamiento semanal.

Historia clínica

Hombre de 28 años, fumador de 5 cigarrillos/día, diagnosticado de pénfigo vulgar (PV) desde 2021. El cuadro clínico se inició con aftas dolorosas en la base del prepucio que se diagnosticaron inicialmente de balanitis candidiásica. Sin respuesta a tratamiento antimicótico, las aftas progresaron en las mucosas genital y oral. Se reorientó el diagnóstico diferencial a enfermedades ampollas autoinmunes. La anatomía patológica y la inmunofluorescencia fueron compatibles con PV. El tratamiento inicial fue corticoterapia oral y tópica que logró remisión parcial de las lesiones orales, pero persistió la úlcera genital. Tras la finalización de la corticoterapia, sufrió un rebrote de aftas en mucosa yugal, gingivitis y epistaxis. Se reinició corticoterapia y se planteó un estudio analítico con QuantiFERON®, glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PDH) y tiopurina metiltransferasa (TPMT) para valorar tratamiento inmunosupresor con azatioprina (AZT). Tras la finalización de la AZT, presentó un nuevo rebrote con aparición de nuevas lesiones en cara, cuero cabelludo y tórax, y se reanudó AZT. En abril de 2023 presentó úlcera duodenal Forrest III por *Helicobacter pylori*, que obligó a la suspensión de AZT durante el tratamiento erradicador. Actualmente, toma Metoject® subcutáneo semanal y persisten las aftas en paladar blando, eritema gingival, tres o cuatro lesiones costrosas en el cuero cabelludo, un afta en el cuello posterior y un afta en el escroto. Se valora el tratamiento biológico por mala evolución.

Conclusiones

Dificultad del diagnóstico diferencial de las lesiones ampollas en atención primaria por la falta de acceso a las pruebas complementarias. El PV es una enfermedad muy limitante en un paciente joven.

Enfoque de medicina familiar y comunitaria: la evolución tórpida de la enfermedad obliga al paciente a seguir un tratamiento crónico. Las inyecciones semanales en el CAP, controles analíticos y complicaciones secundarias implican un seguimiento estrecho por parte de médico o médica, y de su equipo de atención primaria, quienes ven la evolución de la enfermedad y la repercusión de esta en todas las esferas de su vida.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

FRANCESC ALÒS COLOMER
JUDIT BORT ROIG
ANNA PUIG RIBERA

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8810

Comunicació:
PÒSTER

Activitat física, esport i salut. Experiència docent en la incorporació de la nova assignatura per a estudiants del grau de Medicina

La inactivitat física i un excessiu temps de comportament sedentari són causa de malaltia, amb un impacte negatiu en la salut física, mental, social i econòmica, i en el benestar de persones i comunitats. És fonamental que els i les estudiants del grau de medicina tinguin coneixements, competències i habilitats per incorporar la promoció i prescripció d'activitat física en la pràctica clínica assistencial a l'atenció primària.

Objectiu: avaluar l'experiència d'estudiants del grau de Medicina en l'assignatura Activitat física, esport i salut des d'una perspectiva d'atenció primària amb l'objectiu principal de capacitar els i les estudiants de medicina per promoure l'activitat física i prescriure l'exercici físic com a element principal de la prescripció mèdica en tots els seus components (preventiu, curatiu, rehabilitador i pal·liatiu) en la pràctica clínica diària.

Descripció: els estudiants del grau de Medicina van assistir a les classes de l'assignatura durant 15 dies de forma intensiva, de 9 a 14 h. Durant els dos cursos acadèmics, l'assignatura ha utilitzat la metodologia d'aprenentatge basat en casos clínics (ACC).

Metodologia: s'administra un qüestionari de satisfacció, durant els 2 cursos acadèmics (2021-2022 i 2022-2023).

Resultats: van participar-hi 75 alumnes dels cursos 3r, 4t, 5è i 6è del grau de Medicina. Van qualificar en les enquestes de satisfacció.

Conclusió: l'assignatura va presentar una molt bona valoració en l'escala de satisfacció.

Aplicabilitat: incorporar estratègies per fomentar la salutogènesi i la desprescripció podria promoure un abordatge més integral dels pacients a l'atenció primària. Així mateix, incloure en el contingut docent la prescripció de l'activitat física i l'exercici físic en els programes educatius dels estudiants del grau de Medicina pot fomentar la capacitat dels futurs metges i metgesses per implementar consells breus i efectius en la pràctica clínica assistencial, i promoure l'aplicació d'estratègies de promoció i prevenció de la salut, i de desprescripció en l'atenció primària.

JESSICA SEVILLA RODRÍGUEZ
MIGUEL PUENTE VILLANUEVA
MARÍA ESTHER SANZ ÁLVARO

Contacte:
drajessicasevilla@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8811

Comunicació:
PÒSTER

Omalgia que no se calma

Àmbit: atenció primària (AP).

Mujer de 70 años, fumadora de 1 paquete/día, sin otros hábitos tóxicos. Como antecedentes diabetes *mellitus* de tipo 2, esofagitis, depresión, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Intervenciones: colecistectomía y apendicectomía.

Acude a la consulta porque presenta dolor en el hombro izquierdo de 2 meses de evolución, sin antecedente traumático conocido. Inicialmente fue valorada en urgencias de AP, y fue diagnosticada de tendinitis del supraespinoso. Recibió tratamiento con antiinflamatorios. Vuelve a las 2 semanas sin manifestar mejoría, y se añadió dolor lumbar.

En la exploración del hombro izquierdo presenta incapacidad de elevación activa de los miembros superiores (es normal la elevación pasiva) y dolor a la palpación muscular sin existir tumefacción articular. Se solicita radiografía en la cual se observan alteraciones inespecíficas características de la edad.

La paciente refiere que el dolor no solo no ha mejorado, sino que ha ido en aumento hasta interferir con las actividades básicas de su vida diaria. Se realiza diagnóstico diferencial con artrosis, síndromes posvídicos, tuberculosis, brucelosis, espondilitis anquilosante, polimiositis, lupus eritematoso sistémico e hipotiroidismo. Se solicita analítica sanguínea que muestra velocidad de sedimentación globular (VSG) de 98 mm/h, factor reumatoide y anticuerpos anti péptidos citrulinados negativos, resto sin alteraciones.

Con el diagnóstico de polimialgia reumática se decide comenzar tratamiento con corticoides sistémicos junto con inhibidores de la bomba de protones (IBP) con gran mejoría de la clínica después de 24 horas. Se comenzó una pauta descendente en las siguientes semanas hasta la resolución total del cuadro.

En conclusión, se debería valorar al paciente de forma integral, lo que es una gran problemática en el servicio de urgencias, donde a veces se pierde la visión global del paciente, por ejemplo, en la receta de antiinflamatorios no esteroideos en paciente con antecedentes de esofagitis e hipertensión.

En la atención primaria radica la importancia del seguimiento para el control de la clínica y el ajuste de tratamiento, la realización de pruebas complementarias y la valoración progresiva para evaluar la progresión de la enfermedad o la necesidad de derivación a unidad hospitalaria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÒSCAR VILLANUEVA TORRES
LETICIA BELLO BARROS

Contacte:
oscarvillanuevatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8812

Comunicació:
PÒSTER

Més enllà de la infecció d'orina

Dona de 91 anys, sense factors de risc cardiovascular, portadora de marcapassos, parcialment dependent i sense deteriorament cognitiu. Torna a urgències per caiguda, inestabilitat, mareig amb els canvis de posició i visió borrosa. L'anterior vegada que fou visitada per aquest motiu va ser donada d'alta orientant el cas com a infecció urinària. Acompanyada per la seva filla, refereixen deteriorament progressiu des de les últimes caigudes.

Exploració física: destaquen polsos radials dèbils a ambdues extremitats superiors. Es realitza un tacte rectal i en posicionar la pacient en decúbit lateral dret s'evidencia cianosi facial i de les extremitats superiors, alhora que s'objectiva una dessaturació immediata de 7 punts. En retornar al decúbit supí, la saturació i la coloració de la pell retornen progressivament a la normalitat.

Proves complementàries: anàlítica de sang: anèmia (8 g/dl). Ecocardiografia a peu de llit: vessament pericardíac lleu, sense altres troballes. Tomografia computada (TC) abdominal: sense troballes. Angio-TC d'aorta toràctica: trombosi de vena cava superior i venes subclàvia, axil·lar i jugular dretes.

Orientació diagnòstica: trombosi d'eix venós dret amb probable origen paraneoplàsic.

Tractament: ingressa a medicina interna. S'inicia tractament anticoagulant i transfusió de 3 concentrats d'hematies. Evolució: es decideix no estudiar per la fragilitat de la pacient i és alta a domicili amb seguiment pel Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES).

Conclusió: posa de manifest la importància de valorar més enllà, començant per una exploració física exhaustiva, l'etiologia de caigudes en pacients d'edat avançada. La síndrome de la vena cava superior agrupa tots els símptomes derivats de l'obstrucció del flux sanguini des de la cava superior a l'aurícula dreta. La causa més freqüent és oncològica i els principals símptomes són la dispnea, la triada edema en esclavina, cianosi facial i circulació toracobraquial, i marejos i trastorns de la visió.

FRANCESCA ANDREA SALIDO CABISTANY
MARINA PORTILLO TOMÁS
SARA MONTES CARBALLO
SILVIA ROBLES LUQUE

Contacte:
francesca.salido@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8813

Comunicació:
PÒSTER

Creació de l'equip d'atenció a la cronicitat i complexitat en una àrea bàsica de salut urbana

Objectius de l'experiència: formar un equip multidisciplinari que integra l'equip d'atenció domiciliària (ATDOM; una metgessa de família, una infermera-gestora de casos i una infermera) i l'equip d'atenció a residències (EAR; dues infermeres i un tècnic en cures d'auxiliar d'infermeria [TCAI]), una treballadora social sanitària, una nutricionista, una fisioterapeuta, una referent de benestar emocional i una higienista bucodental.

Vetllar per una bona qualitat assistencial del pacient crònic complex (PCC) i amb cronicitat avançada (MACA).

Crear un circuit d'inclusió a l'atenció domiciliària.

Ser referent de cronicitat de l'àrea bàsica de salut.

Descripció de l'experiència: iniciem el projecte amb la constitució de l'equip, que es forma a tres bandes: al conjunt d'infermeres d'ATDOM i EAR s'incorporen també els nous rols de l'atenció primària, i tots els pacients ATDOM i institucionalitzats passen al contingut d'una metgessa referent. L'equip treballa de forma coordinada i ofereix una valoració integral, que identifica i aborda transversalment la fragilitat, les síndromes geriàtriques, el manteniment de la funcionalitat i la prevenció de la dependència i la discapacitat, i el final de vida. Es programen intervencions nutricionals, sobre l'activitat física, la polifarmàcia i l'aïllament social. El grup es reuneix mensualment amb tot l'equip del centre per comentar casos, exposar pacients candidats a ser inclosos en el programa d'ATDOM i per a sessions de formació. La gestora de casos i la metgessa mantenen contacte directe amb els hospitals de referència.

Del treball cooperatiu neixen també diversos projectes de recerca, en curs.

Conclusions: l'abordatge de la cronicitat des d'una mirada multidisciplinària i holística enriqueix la qualitat assistencial del pacient amb necessitats complexes d'atenció i permet un acompanyament des del tractament intensiu fins al tractament paliatiu. Alhora, l'empoderament de l'equip assistencial és una eina per a la millora clínica i una oportunitat també per a la recerca.

Aplicabilitat: equips d'atenció primària que comptin amb membres interessats en la cronicitat i el treball multidisciplinari.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÒSCAR VILLANUEVA TORRES
ESTER ORIOL MARTÍ
ANTONI RODRÍGUEZ ROSICH

Contacte:
oscarvillanuevatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8814

Comunicació:
ORAL

La importància de l'anamnesi. Hiperemesi gravídica

Home de 28 anys, amb antecedents personals de consum de tabac i cànnabis (3 cigarretes de marihuana abans de dormir), consulta al centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) per vòmits abundants (fins a 20 al dia) i epigastràlgia de 2 setmanes d'evolució. Afebril, associa restrenyiment i pèrdua de pes com a conseqüència de la intolerància oral. Consten en els antecedents 15 consultes a urgències hospitalàries i 8 a atenció primària en l'últim any pel mateix motiu. D'aquestes, 3 deriven en ingressos hospitalaris, durant els quals es realitzen dues tomografies computades (TC) abdominals, dos gastroscòpies i una entero ressonància magnètica (RM); totes les proves van ser normals.

Exploració física: a la inspecció destaquen signes de deshidratació a les mucoses. L'exploració cardiorespiratòria no evidència alteracions. A nivell abdominal s'objectiva peristaltisme disminuït i epigastràlgia a la palpació. Sense focalitat neurològica.

Diagnòstic diferencial: síndrome de nàusees i vòmits crònics, síndrome de nàusees i vòmits cíclics, síndrome d'hiperemesi cannabinoide.

En aquest context, tenint en compte l'antecedent tòxic i la normalitat de les proves anteriors, s'orienta el cas com a hiperemesi cannabinoide i es decideix derivació hospitalària per a tractament simptomàtic amb antiemètics i analgèsia, a més de correcció d'electròlits, els quals es trobaven alterats per la deshidratació i, finalment, per assegurar l'abstinència al cànnabis.

Evolució: el pacient va estar 3 dies ingressat durant els qual millorà molt clínicament. El dolor i els vòmits van desaparèixer.

Conclusió: la hiperemesi cannabinoide és una síndrome de vòmits cíclics en relació amb el consum excessiu i perllongat de cànnabis. L'únic tractament efectiu és la retirada del consum del tòxic. És característic que els símptomes millorin amb banys d'aigua calenta per un mecanisme fisiològic que contraresta el desequilibri que genera el tetrahidrocannabinol (THC) sobre la termoregulació. Cal tenir un ventall ampli de diagnòstic diferencial per tal d'estalviar proves complementàries des de les consultes mèdiques de primària o urgències.

SARA CASTAN MOROS
VIOLETA ANTONIO ARQUÉS
CRISTINA CALDUCH NOLL
ANTONIO GRUESO OTALO

Contacte:
sara22castan@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8815

Comunicació:
PÒSTER

Procediment d'incapacitació d'un pacient

Objectius de l'experiència: familiaritzar-nos amb el procés d'incapacitació d'un pacient.

Descripció de l'experiència: pacient de 94 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, que viu sola en una urbanització. No té fills ni familiars al mateix municipi. Té un maneig correcte de les tecnologies i disposa d'un ordinador des d'on realitza les seves compres setmanals. Té Facebook. Disposa de cuidador unes hores al matí.

Contacten al CAP tres familiars diferents via telefònica. Cadascun viu a un lloc diferent i s'identifiquen com a nebots. No es parlen entre ells. Tots mostren interès perquè des del centre de salut es vagi al domicili per valorar l'estat cognitiu de la pacient i intentar ingressar-la en una residència. Fins i tot un ens amenaça verbalment i ordena que l'incapitem. Un d'ells activa el 061 i el metge d'urgències perquè la seva tieta no li respon al telèfon.

Diferents cuidadors han estat rebutjats per la pacient que desconfia de totes les ajudes que se li ofereixen des de serveis socials. Tampoc vol rebre els seus familiars ni seguir cap consell d'ells.

Es reuneix el familiar més proper amb la direcció del centre, la treballadora social i la unitat bàsica assistencial (UBA) de referència. Es contacta prèviament amb el gabinet jurídic. Se'ls informa del procés d'incapacitació que es du a terme a Catalunya i els passos que han de seguir per realitzar-ho.

Conclusions: el procés d'incapacitació d'un pacient l'inicia un jutge.

Aplicabilitat: consulta diària d'un metge o metgessa de família, sobretot amb pacients amb poc suport familiar, ancians vulnerables i amb patologia psiquiàtrica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÒSCAR VILLANUEVA TORRES
ANTONI RODRÍGUEZ ROSICH
ADRIÀ ORTIZ SUÑÉ

Contacte:
oscarvillanuevatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8816

Comunicació:
PÒSTER

"Atxim!" Hèrnia pulmonar espontània

Home de 62 anys amb antecedent de rinitis al·lèrgica que acudeix al centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) per dolor toràcic dret d'1 mes d'evolució. Explica que es va iniciar la clínica després de passar una setmana esternudant molt, i associà, posteriorment, una gran col·lecció hemàtica subcutània que fins passats 10 dies no es va resoldre. A més, presenta dispnea progressiva, molt intensificada les últimes 24 h.

Exploració física: sense signes congestius evidents; en l'auscultació pulmonar, inspiració dificultada pel dolor amb conseqüent respiració superficial, saturació d'oxigen del 95% basal; abdomen no dolorós.

Proves complementàries: gasometria arterial basal i bioquímica sense alteracions, hemograma normal sense signes infecciosos. Radiografia de tòrax: mostra l'herniació pulmonar dreta i vessament pleural.

Orientació diagnòstica: hèrnia pulmonar espontània.

Evolució: es controla el dolor amb analgèsia intramuscular, primer, i oral a l'alta. En controlar el dolor, la sensació dispneica també millorà. Es programà una primera visita preferent amb cirurgia toràcica i tomografia computada (TC). Fou intervingut passats 10 dies. Durant la cirurgia es va objectivar esquinçament de la musculatura inferior al 7è arc costal. El postoperatori cursà sense incidències.

Les hèrnies pulmonars són, en el 80% dels casos, adquirides posttraumàtiques, patològiques (per exemple, neoplàsia) o espontànies. En aquest cas és adquirida per un augment de la pressió intratoràcica per la clínica repetida de tos. La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) o el sobrepès són factors predisposants. La majoria són asimptomàtiques, però la clínica dependrà de la dimensió i la localització. El diagnòstic es realitza per radiografia o TC (que permet identificar la localització i la mida de l'herniació). Pel que fa al tractament, serà la intensitat dels símptomes el que marcarà si cal intervenir quirúrgicament, ja que moltes es resolen per si mateixes.

LAURA MAS DEL MORAL
MÓNICA RODRÍGUEZ GARRIDO
MERITXELL CALDERÓ SOLÉ

Contacte:
lmdm54@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8817

Comunicació:
PÒSTER

Dèficit cognitiu en dona jove després d'infecció per covid-19

Motiu de consulta: dona de 46 anys acudeix a medicina d'atenció primària (MAP) per llacunes cognitives episòdiques d'1 mes d'evolució.

Història clínica

Antecedents personals: asma, rinitis al·lèrgica i covid-19 de fa 1 mes, amb tractament simptomàtic (cefalea, tos i poliartàlgies). Dona laboralment activa i amb situació sociofamiliar sense problemes alarmants. En l'anamnesi refereix que les llacunes s'acompanyen d'afàsia i es troben associades a cefalees parietals uns 3-4 dies per setmana. Associa l'inici just quan es va recuperar de la covid-19. No refereix símptomes autopercebuts significatius en la dimensió emocional. Sense interferència en altres esferes socials i sense cap focalitat neurològica.

Exploració neurològica: sense alteracions neurològiques aparents.

Diagnòstic diferencial: encefalopatia de Wernicke, encefalopatia espongiforme, neurodegeneració precoç, trastorn cognitiu, trastorn d'ansietat-depressió, disfunció immunitària (neuroinflamació o autoimmunitat).

Orientació diagnòstica: trastorn cognitiu lleu.

Pla: símptomes cognitius a estudi. Proves: ressonància magnètica (RM) cerebral sense contrast, tests cognitius, anàlítica sanguínia (bàsica de salut, estudi hormonal, B12 i serologies).

Evolució: se cita la pacient a consulta per a resultats de l'RM (exploració encefàlica dins dels límits de la normalitat), tests cognitius (Minimental: 35/35; MOCA: 29/30; escala d'ansietat i depressió de Goldberg 3) i anàlítica sanguínia (paràmetres dins de la normalitat).

En la visita refereix persistència de la clínica, amb dificultat de retenció de coneixements, pèrdues de memòria i dèficits cognitius de ritme fluctuant. Per aquest motiu, és derivada al servei de neurologia i a la unitat de trastorns cognitius; mentrestant seguiment evolutiu des de MAP.

Conclusions

Importància del paper de la MAP per realitzar el seguiment clínic i evolutiu de la pacient, encara que les proves complementàries no siguin conclouents per al diagnòstic i mentre s'estudia el cas des de neurologia.

Valorar la coexistència de diversos diagnòstics.

Des del CAP es pot monitorar la funció cognitiva amb les eines diagnòstiques de què disposem.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

BIBIANA CONTRERAS RARIS
MINERVA MAS HEREDIA
GEMMA FLORENSA REX
DAMIA LOIS CAYUELA

Contacte:
bcontrer@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8824

Comunicació:
PÒSTER

Un passeig comunitari: dels actius del barri a la prescripció social en consulta

Objectius: mostrar els actius de salut del barri als residents de medicina (MIR) i infermeria (IIR) de l'especialitat de família i comunitària de primer any.

Promoure la pràctica clínica amb una visió biopsicosocial als MIR i IIR.

Mostrar l'eina de prescripció social a través dels actius del barri.

Valorar la utilitat del passeig comunitari mitjançant una enquesta pre i post.

Descripció: després de realitzar el Curs Introductor de Salut Comunitària s'ha realitzat el passeig comunitari que consta d'una part teòrica i una pràctica. En la teòrica s'explica com es va realitzar el diagnòstic de salut del districte i la fase actual del procés. Després de finalitzar la part teòrica es realitza una enquesta prepasseig per valorar el coneixement dels actius de salut i la visió que en tenen. Posteriorment, s'inicia la part pràctica amb el passeig pel barri, tot coneixent els diferents actius de salut. Diversos agents van presentar els projectes dels seus recursos. En finalitzar aquest passeig es realitzà una enquesta post, per observar la seva visió i aplicabilitat en el seu dia a dia en la consulta.

Conclusió: en l'enquesta prepasseig, les residents van manifestar que podria ser útil per conèixer els recursos del barri in situ. Cap d'elles havia realitzat prescripció social anteriorment. En l'enquesta postpasseig, totes (100%) van valorar positivament la seva utilitat en la pràctica clínica habitual perquè amplia la seva visió comunitària per desmedicalitzar els malestars quotidians.

Aplicabilitat: la formació de salut comunitària i recursos del barri als residents és necessària, i el passeig comunitari és una experiència que hi contribueix. Potenciar la prescripció social des de les consultes, promovent la salut amb un enfocament salutogènic per millorar el benestar de la població, requereix aquest tipus d'activitats. La prescripció social facilita la generació de xarxes de salut comunitària i fomenta la desmedicalització dels malestars quotidians.

MINERVA MAS HEREDIA
BIBIANA CONTRERAS RARIS
MERCÈ MAS GARCIA
INMACULADA BECERRA CERÓN

Contacte:
mmas1@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8825

Comunicació:
PÒSTER

Prescripció social: reptes de futur

Objectius: mostrar als professionals de l'equip d'atenció primària (EAP) com realitzar prescripció social (PS) des de la consulta a través del sistema informàtic.

Transmetre la importància del registre de la PS per al seu posterior seguiment i avaluació.

Afavorir grups de treball multidisciplinari amb agents externs a la xarxa sanitària.

Reforçar la identificació i visualització d'alternatives a la medicalització.

Descripció: durant l'any 2022, el grup motor de salut comunitària va impartir una formació elaborada per l'Agència de Salut Pública (ASP) a tot l'EAP per donar a conèixer els recursos comunitaris, la importància de potenciar la PS i el seu registre. Amb la PS millorem l'autopercepció de la salut i el benestar emocional; reduïm l'ansietat, la solitud i l'aïllament. S'observa una disminució del consum de fàrmacs, de recursos sanitaris i d'hiperfreqüentació, que afavoreix el vincle social de les persones amb la comunitat.

Atès que el nostre EAP va ser el que va registrar més PS de la ciutat, vam ser convidats a impartir la part pràctica del curs de PS de l'ASP.

Conclusió: la implicació de les direccions dels EAP per facilitar l'espai de treball del grup motor de salut comunitària és fonamental per poder implementar la formació a tot l'equip.

El registre de totes les intervencions de PS és clau per poder dur a terme el seguiment i l'avaluació. La PS permet augmentar la qualitat de vida dels nostres pacients, reduir la hiperfreqüentació, el consum de fàrmacs, la sensació de solitud i d'aïllament social.

Aplicabilitat: la formació de l'equip en PS és un element clau per identificar les activitats socials que millor puguin activar les capacitats salutogèniques de la persona: promouen igualtat, apoderament i alfabetització en salut comunitària. D'aquesta manera es redueix l'aïllament i la medicalització dels malestars quotidians. El registre sistemàtic permet fer un seguiment i la posterior avaluació per a futures intervencions.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SANDRA SERRA TORRECILLAS
MARISA PLANA GARCÍA
MARIA DEL MAR ÁLVAREZ CEBALLOS

Contacte:
sserra83@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8826

Comunicació:
PÒSTER

L'estreptococ com a desencadenant de psoriasi guttata

Àmbit: atenció primària, servei d'atenció continuada.

Dona de 65 anys que acudeix referint l'aparició sobtada d'una erupció per tot el cos, amb certa pruija, de 24 h d'evolució.

Amb antecedents d'hipertensió arterial, accident vascular cerebral lacunar sensitivomotor esquerre al 2012, dermatitis atòpica i discopatia cervical. Antecedents familiars de psoriasi (mare). Tractament habitual amb àcid acetilsalicílic 100 mg, enalapril 20 mg i simvastatina 10 mg. En l'exploració presenta maculopàpules eritematoses al coll, dors de les mans, cara anterior de les cuixes i solcs mamaris. S'orienta com a dermatitis pels seus antecedents i es pauta prednisona oral en dosis descendents. Reconsulta a les 2 setmanes al seu metge de família. Refereix odinofàgia, amb febre de fins a 39 °C i reaparició de l'erupció cutània, que havia millorat amb la prednisona oral. En l'anamnesi dirigida, quan se li pregunta per tractaments previs, indica que 5 dies abans del primer brot cutani va presentar també odinofàgia i se li va pautar tractament antibiòtic oral. En l'exploració presenta faringe hiperèmica sense exsudats, pell amb lesions eritematoses i descamatives de distribució en el tronc i les extremitats, i també al pavelló auricular. Es realitza test Strep-A-Test®: positiu. Es diagnostica de faringoamigdalitis estreptocòccica i brot de possible psoriasi en gotes. Es tracta amb fenoximetilpenicil·lina 500 mg cada 8 h durant 10 dies, i es remet a consultes externes de dermatologia. En visita al servei de dermatologia es confirma psoriasi en gotes i es pauta tractament tòpic amb preparat farmacèutic a base de triamcinolona + àcid salicílic + vaselina fina en emulsió emol·lient amb resolució del quadre.

Diagnòstic diferencial: reacció cutània a fàrmacs, tinya *corporis*, líquen pla, pitiriasi rosada, sífilis secundària i èczema nummular.

Conclusions: la importància de l'anamnesi en la consulta.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO
MONTSERRAT LLORDÉS LLORDÉS
MARTA SERRA GALLEGO

Contacte:
portajera@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8827

Comunicació:
PÒSTER

Realització d'un curs d'urgències extrahospitalàries per a residents de tercer any que inicien guàrdies a centres d'urgències d'atenció primària

Objectius de l'experiència: realització de formació teòrica i pràctica a través d'un Curs d'Urgències Extrahospitalàries per a residents de tercer any de medicina familiar i comunitària que inicien guàrdies als centres d'urgències d'atenció continuada, per part d'adjunts que fan guàrdies i amb la col·laboració d'adjunts dels serveis hospitalaris implicats. La formació permet formar els residents en temes importants i freqüents que es veuen durant les guàrdies.

Descripció de l'experiència: es van realitzar formacions teòriques sobre aspectes mèdics legals, urgències cardiològiques, pneumològiques, infeccioses i oncològiques, maneig del dolor abdominal, reaccions al·lèrgiques, intoxicacions, sessions de patologia traumàtica freqüent i pediatria. També es va realitzar una sessió pràctica sobre reanimació cardiopulmonar.

Conclusions: es tracta d'una experiència docent de gran interès i utilitat per als residents, que els permet adquirir nous coneixements, molt útils per a la nova activitat assistencial, de forma tant teòrica com pràctica. Els permet afrontar amb molta més seguretat el món de les urgències extrahospitalàries, pròpies d'un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP), per primera vegada.

Aplicabilitat: realitzar aquest curs previ a l'inici de les guàrdies a nivell extrahospitalari de forma sistemàtica als R3 permet donar seguretat al resident de cara a les noves responsabilitats quan atengui urgències d'adults i pediàtriques en el CUAP i, alhora, crea un vincle important amb els adjunts que formen part del servei d'urgències, crea esperit d'equip per treballar de forma conjunta durant les guàrdies.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SANDRA SERRA TORRECILLAS
SÒNIA MECERREYES MARTÍN
MARIA BOLDÚ FRANQUÉ

Contacte:
sserra83@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8828

Comunicació:
PÒSTER

Les picades d'insecte també es compliquen

Àmbit: atenció primària, servei d'atenció continuada.

Home de 30 anys que acudeix per picada d'insecte a l'avantbraç dret de 24 h d'evolució. Al·lèrgia a l'àcid acetilsalicílic i derivats. No pren fàrmacs habitualment. En la primera visita al servei d'atenció continuada presenta a la zona de la picada eritema i edema, amb seguiment d'eritema per trajecte lineal ascendent d'uns 3 cm.

Es pauten mesures físiques amb fred local i corticoide tòpic.

Després de 48 h reconsulta al seu metge d'atenció primària perquè no millora. Presenta progressió de la lesió amb augment del trajecte lineal eritematós des de la zona de la picada a l'avantbraç fins a la meitat de braç dret. El pacient es troba en tot moment afebril i en bon estat general. S'orienta a limfangitis i s'inicia antibiòtic oral amb amoxicil·lina 1 g/8 h durant 5 dies. Se cita per a control.

Evolució després de 3 dies de tractament: resolució quasi completa del quadre.

Conclusió: l'ús racional i dirigit dels antibiòtics en medicina de família és de gran utilitat per evitar complicacions de patologies tan banals com una picada d'insecte.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO
VANESA PASCUAL GRANOLLÉS
GABRIELA RODRIGUEZ TORRES
BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ

Contacte:
portajera@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8830

Comunicació:
PÒSTER

Residents grans realitzen un curs d'urgències als nous

Objectius de l'experiència: realitzar docència, a través d'un curs d'urgències per a nous residents que inicien guàrdies, tant a nivell hospitalari com a nivell de centres d'atenció primària, per part de residents grans amb col·laboració d'adjunts dels serveis implicats. La inclusió de residents grans en aquesta formació pretén millorar l'adherència i integració dels nous residents.

Descripció de l'experiència: realització de diverses sessions sobre temes rellevants als serveis d'urgències a nivell hospitalari i dels centres d'atenció primària. Es van realitzar formacions teòriques sobre maneig de codis (IAM, ictus i sèpsia), urgències oncològiques, pal·liatives, maneig del dolor, tractament i diagnòstic d'asma i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), complicacions de la diabetis, epilèpsia, diagnòstic i maneig de la insuficiència cardíaca, maneig d'hemorràgies digestives, maneig del dolor abdominal, infeccions urinàries i diagnòstic diferencial de cefalees. També es van realitzar formacions de tipus més pràctic, com la lectura d'electrocardiogrames o la lectura i interpretació de radiografies.

Conclusions: es tracta d'una experiència docent de gran interès. En primer lloc, es realitza docència a nous residents, fet que permet que adquireixin nous coneixaments d'aplicabilitat en la seva activitat assistencial de forma teòrica i pràctica. En segon lloc, els residents grans, sota la supervisió d'adjunts, adquireixen noves inquietuds i compromisos, i s'introdueixen en el món de la docència. Així mateix, pel fet de preparar les sessions, els residents grans s'actualitzen en patologies prevalents amb les noves guies i protocols.

Aplicabilitat: considerem que permetre participar a residents grans en la formació i en la docència dels nous residents permet crear un vincle important entre residents, a nivell docent, laboral i personal, que és important per crear esperit d'equip a l'hora de treballar de forma conjunta durant les guàrdies.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

GEORGINA MARINÉ LLURADÓ
PERE JIMÉNEZ LÓPEZ
REMEI TELL BUSQUETS

Contacte:
gmarine@absaco.org

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8831

Comunicació:
PÒSTER

No només té risc qui treballa

Dona de 71 anys, amb antecedents patològics de glaucoma crònic amb limitació visual secundària, acut a la consulta d'atenció primària per dispnea d'esforç moderat de 2-3 mesos d'evolució. Es realitza exploració física cardiorespiratòria, que és anodina. S'inicia estudi de dispnea amb les següents proves complementàries: electrocardiograma, anàlítica sanguínia completa amb pro peptid natriurètic de tipus B (BNP) i radiografia toràcica. Únicament s'objectiva, en la radiografia, calcificacions pleurals bilaterals, amb la resta de proves normals. Davant les troballes radiològiques completem l'estudi amb tomografia toràcica, que descriu múltiples plaques pleurals, algunes de les quals calcificades. Davant la sospita d'asbestosi pulmonar s'entrevista la pacient per valorar-ne l'exposició. Refereix que ha estat mestressa de casa i l'habitatge està lliure d'asbest. Preguntem per l'activitat laboral del marit. Havia estat treballador de la construcció en contacte amb l'asbest. Es determina que la pacient és qui rentava la roba contaminada. Amb la sospita diagnòstica va ser derivada al servei de pneumologia de l'hospital de referència. Actualment s'hi realitza el seguiment.

Com a conclusió, cal remarcar la importància del rol de la pacient, mestressa de casa encarregada de netejar la roba contaminada del marit sense les mesures de protecció que s'haguessin indicat en un àmbit laboral de risc. La prevenció laboral no s'hauria de limitar només al lloc de treball.

MARISA PLANA GARCIA
MARIA DEL MAR ÀLVAREZ CEBALLOS
MARTA LLOBET BURGUES

Contacte:
mplanagarcia@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8832

Comunicació:
PÒSTER

Hipoglucemias de repetición como causa de demencia

Àmbito: atención primaria (AP).

Consulta programada con Carmen, de 80 años, con antecedentes de diabetes *mellitus* de tipo 2 de 20 años de evolución, en tratamiento con insulina (con HbA_{1c} del 5,1% en el último control), valvulopatía mitral en tratamiento con Sintrom®, gran sordera bilateral y analfabeta. Vive con su marido. Tiene 3 hijos en la ciudad. Acude con un hijo por pérdida de la memoria reciente. Fue imposible realizar el Minimental test por la gran sordera. Iniciamos el estudio con una analítica y derivamos a neurología. Nos avisan por un resultado urgente a criterio del laboratorio: glucemia de 28 mg/dl. Contactamos con la familia que nos explica glucemias bajas de repetición, con sintomatología de hipoactividad y que el marido soluciona administrándole agua con azúcar. Explican la obsesión de Carmen de tener un buen control de la glucemia, por debajo de 100 mg/dl, reduciendo la ingesta o caminando hasta que consigue bajarla. Tras varios intentos fallidos de explicar la importancia de las consecuencias de las hipoglucemias a Carmen, decidimos, junto con la familia, que a partir de ahora la administración de la insulina y los autocontroles ya no los haría Carmen, como hasta ahora, sino que pasarían a realizarlos los hijos. En las visitas de seguimiento explican la dificultad que tuvieron al inicio, ya que Carmen no quería perder el control e incluso se ponía agresiva. Poco a poco aceptó la implicación de la familia. Nos explican la sensación de mejora en la sintomatología y aunque el Minimental test sigue siendo imposible de realizar, Carmen está más colaboradora en la consulta.

Conclusión: es importante considerar las hipoglucemias subclínicas frecuentes como una entidad dentro del diagnóstico diferencial de causas potencialmente reversibles de demencia. La atención primaria es única, ya que tiene las herramientas necesarias para hacer un manejo integral que aborde todos los aspectos de la salud del paciente.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

AURÈLIA JUÁREZ ALARCÓN
MARIA DEL MAR ÁLVAREZ CEBALLOS
SANDRA SERRA TORRECILLAS

Contacte:
ajuarez.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8833

Comunicació:
PÒSTER

La importància de la tira d'orina davant la clínica d'edemes

Home de 52 anys consulta al servei d'urgències per edema a l'extremitat inferior dreta (EID) de 24 h d'evolució.

Antecedents personals: dèficit d'antitrombina III (sense antecedent de trombosi), gonàlgia aguda tractada amb antiinflamatori. No té hipertensió arterial.

Antecedents familiars: dèficit d'antitrombina III detectat en el pare, un germà i un fill.

En l'exploració presenta unes xifres de tensió arterial (TA) de 177/103 mmHg, edema en 1/3 distal de l'EID, amb signe d'Homans negatiu. Amb la sospita de trombosi venosa profunda (TVP) i l'antecedent del dèficit d'antitrombina III es deriva a urgències hospitalàries per confirmar el diagnòstic. Valoració hospitalària: TA 167/90 mmHg, edema amb fòvea a ambdues extremitats inferiors, de predomini dret.

Analítiques: funció renal preservada amb creatinina plasmàtica (CrP) d'1,02 mg/dl i filtrat glomerular de 84 ml/min/1,73 m². Ionograma normal. Dímers D 638 ng/ml (0-243). Amb la sospita de TVP s'inicia tractament amb enoxaparina 80 mg subcutània. Cirurgia vascular amb eco-Doppler no confirma el diagnòstic. Se suspèn el tractament i es deriva a primària. El metge o metgessa de família el diagnostica d'hipertensió (TA de 169/83 mmHg) i s'inicia tractament amb ramipril/hidroclorotiazida. Després de 20 dies, el pacient diu que persisteix l'edema EID fins al genoll, i s'ha afegit edema a l'escrot i algun cop edema al dors de la mà dreta. Sol·licitem analítica de sang i orina: proteïnes totals 4,50 g/dl (6,60-8,30), albúmina 1,9 g/dl (3,4-5,2), colesterol 445 mg/dl, albúmina/creatinina en orina 789 mg/g (0,0-17). En resum, es tracta d'un pacient de 52 anys amb antecedent de dèficit d'antitrombina III que presenta edema d'extremitats inferiors amb fòvea, que en la seva evolució afegeix edema a l'escrot i dors de la mà. En l'analítica destaca hipoproteïnèmia amb hipoalbuminèmia, proteinúria i edemes. S'orienta com a síndrome nefròtica i es deriva a l'hospital per a estudi. La biòpsia confirma una glomerulonefritis membranosa.

Conclusió: valorar la importància d'un tira d'orina en un pacient amb edemes sense filiació etiològica.

MARIA DEL MAR HUERCIO PUENTES
SIGRID BONVEHÍ NADEU
OLGA FARGAS CODINA

Contacte:
marhuercio@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8834

Comunicació:
PÒSTER

La pizza no mata, fumar sí

Àmbit del cas: atenció primària (AP) i serveis d'urgències.

Motiu de consulta: tos i dispnea de 48 h d'evolució després d'intentar vomitar perquè "la pizza me sentó mal".

Història clínica

Enfocament individual: dona de 50 anys, sense antecedents de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) ni asma; fumadora de 30 cigarretes/dia des dels 15 anys. Consulta per sensació dispneica, tos productiva i dolor pleurític. Sensació distèrmica sense termometrar. Ha pres paracetamol cada 8 h. En l'exploració destaca saturació del 92-93%, taquicàrdia i taquipnea. Pàl·lida, amb malestar. Disminució del murmur vesicular en l'auscultació pulmonar, predomini als àpexs, amb crepitants amb predomini a la base esquerra. Es realitza una radiografia toràcica que mostra l'absència de trama vascular al lòbul superior dret (LSD), augment de la densitat al lòbul inferior esquerre i pinçament del si costofrènic esquerre.

Judici clínic: dispnea i disminució de la saturació amb radiografia patològica.

Diagnòstic diferencial: emfisema pulmonar, pneumotòrax, vessament pulmonar, pneumònia i bronquièctasi.

Tractament i plans d'actuació: es deriva a l'hospital en ambulància per a valoració i tractament simptomàtic.

Evolució: ingressada 5 dies a l'hospital per insuficiència respiratòria aguda per pneumònia pneumocòccica bilateral, amb bul·la pulmonar a LSD de fins 10 cm. Donada d'alta amb antibiòtic i analgèsia. Fem radiografia de control, amb desaparició de la pneumònia, però persistència de bul·les. Com que és fumadora activa (dependència greu) en fase precontemplativa, es fa intervenció motivacional i li recordem que en la visita de control amb pneumologia li van explicar que valoraran una cirurgia de reducció de bul·les si aconsegueix un any d'abstinència de tabac.

Conclusions

L'emfisema pulmonar és una malaltia respiratòria crònica caracteritzada per l'alteració alveolar, juntament amb la bronquitis crònica forma l'MPOC. El tabaquisme n'és la causa principal.

Des d'atenció primària n'hem de fer un bon seguiment, amb proves de funció respiratòria, i emfatitzar la deshabitació al tabac.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SÒNIA MECERREYES MARTÍN
AURÈLIA JUÁREZ ALARCÓN
OLGA PÉREZ QUEIRUGA

Contacte:
smecerreyes78@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8835

Comunicació:
PÒSTER

Quina barra aquesta paparra!!

Àmbit: urgències d'atenció primària.

Home de 68 anys amb dislipèmia i hipotiroidisme subclínic, clínica de malestar general i síndrome febril de 5 dies, amb pic de 39 °C, que ha respost parcialment a paracetamol 1 g/8 h. S'acompanya d'astènia, artromiàlgies i cefalea. Està preocupat per l'aparició en les últimes 24 h de lesions cutànies difuses, predominants al tronc, eritematoses, no descamatives ni pruriginoses. Sense altra clínica acompanyant. Ambient epidemiològic negatiu.

Exploració: tensió arterial de 132/88 mmHg, 88 bpm, 38 °C. Faringe i otoscòpia normals. Exploració neurològica sense focalitat. Auscultació cardiopulmonar anodina. Sense edemes a les extremitats inferiors. Lesions maculopapuloses i eritematoses difuses pel tronc i les extremitats. Crida l'atenció la presència a la part posterior del plec axil·lar dret d'una lesió cutània arrodonada, discretament ulcerada, amb halo eritematós al voltant i una escara necròtica central on hi té enganxada una paparra. No té animals a casa, però 10 dies abans havia fet una excursió al bosc.

Es va procedir a la extracció completa de la paparra amb pinces fines i desinfecció amb clorhexidina tòpica.

Judici clínic: febre botonosa mediterrània, com a malaltia transmesa per paparra (triada clàssica: febre, taca negra, exantema). Es pauta doxiciclina 100 mg/12 h durant 10 dies per via oral i es demana analítica. Resultats: filtrat glomerular del 76,99%, GPT 77 U/l, GGT 35 U/l, GOT 116 U/l, bilirubina total 1,2 mg/dl, proteïna C reactiva 145,9 mg/l, plaquetes 97.000, neutròfils 79,6 i limfòcits 12,7, velocitat de sedimentació globular 26 mm/h. Coagulació normal. Serologies: *Borrelia burgdorferi* immunoglobulina (Ig) M i G negatives, *Rickettsia conorii* IgM negativa i IgG amb títol d'1:80 (immunitat adquirida).

Evolució favorable amb persistència de febre 3 dies més i de l'exantema 1 setmana. Ecografia hepàtica normal. Control analític 2 setmanes després normal.

Conclusions: la febre botonosa mediterrània és la malaltia infecciosa transmesa per paparra amb major incidència a Espanya. L'absència de confirmació mitjançant les serologies no descarta la infecció per altres rickettsies no habituals, tal i com va passar en aquest cas.

SÍLVIA RIFÀ TERRICABRAS
ARANTXA LÓPEZ SALDAÑA
MARTA VENTURA GIL
NÚRIA PUIGVERT VIU
MARIA DE CIURANA GAY

Contacte:
silviarifaterra@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8836

Comunicació:
PÒSTER

Disfuncions sexuals, un tabú a la consulta

Objectiu: determinar la prevalença de la disfunció sexual (DS) en homes i dones a tres unitats bàsiques assistencials (UBA) d'un centre d'atenció primària (AP).

Material i mètodes

Disseny: estudi observacional retrospectiu, descriptiu de prevalença.

Participants: 4.539 persones majors de 15 anys, de tres UBA d'un CAP el juny del 2023.

Variables: recopilació de la variable sexe i de les DS recollides en el CIM-10 de la història clínica de l'eCAP.

Anàlisi estadística: es durà a terme mitjançant Excel. Anàlisi descriptiva de les DS en funció del sexe.

Limitacions: la mostra no és representativa de la població general, fet que dificulta l'extrapolació de les dades obtingudes. L'estudi es basa en les dades recollides pel CIM-10 en la història clínica de l'eCAP, la no inclusió dels diagnòstics, per descuit del professional o per la dificultat de la població per exposar DS, poden fer infraestimar-ne la prevalença.

Resultats: s'han recollit 112 diagnòstics en total, i de DS en el 2,43% de les dones i en el 2,5% dels homes. En les dones, el diagnòstic majoritari era disparèunia (N94.10) i en els homes era trastorn erèctil masculí (F52.21).

Conclusions

La sexualitat no s'aborda a les consultes d'AP. Diversos estudis mostren una prevalença de DS del 25-63% en dones i del 10-52% en homes, molt superior a les dades recollides.

Les dificultats per a l'abordatge de les DS a l'AP són múltiples: manca de formació de l'equip sanitari, escassa evidència científica, prejudicis culturals, poc temps de consulta...

La salut sexual és un aspecte central al llarg de la vida de les persones i influeix en la qualitat de vida. L'infradiagnòstic i, per tant, l'infratractament de les DS té un impacte rellevant en la vida de les persones.

Sense formació i sense recerca activa en sexualitat perpetuem els constructes socials i culturals sobre la sexualitat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARISA PLANA GARCIA
SÒNIA MECERREYES MARTÍN
AURÈLIA JUÁREZ ALARCÓN

Contacte:
mplanagarcia@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8837

Comunicació:
PÒSTER

No todo lo que sigue picando es sarna

Visita programada en atención primaria con mujer de 51 años sin antecedentes.

Acude por lesiones pruriginosas que se iniciaron en los brazos y posteriormente aparecieron en piernas y abdomen, de varias semanas de evolución. Su madre, ingresada en una residencia de ancianos donde ha habido brote de sarna resistente a permetrina, ha sido tratada con ivermectina en dos ocasiones.

En la exploración se observan lesiones con surco acarino y, por dermatoscopia, el signo del ala delta, lo que confirma el diagnóstico de sarna. Ante la sospecha de sarna resistente iniciamos pauta de tratamiento con ivermectina: toma de cuatro comprimidos de 3 mg, que se repetirá a los 7 días, ya que este tratamiento es escabicida, no ovicida. Explicamos también las medidas higiénicas necesarias hasta pasados 3 días de la segunda dosis, consistentes en el lavado de la ropa a 60 °C (la que no pueda lavarse deberá cerrarse en una bolsa durante 7 días y posteriormente ventilarse), y desinfectar las superficies con lejía. Aconsejamos no tener contacto íntimo durante este tiempo. Facilitamos las recomendaciones por escrito. Recomendamos tratamiento de la pareja simultáneamente.

La paciente vuelve a las 4 semanas muy nerviosa por aparición de unas lesiones pruriginosas en la misma localización. Manifiesta una gran preocupación, ya que cree que sigue con infestación. Confirma la realización correcta del tratamiento y de las recomendaciones higiénicas. En la exploración con dermatoscopia no hay signo del ala delta y las lesiones son compatibles con impétigo. Iniciamos tratamiento con amoxicilina 500 mg y ácido clavulánico 125 mg/8 h durante 7 días, prednisona 5 mg/8 h y corticoide tópico. Las lesiones mejoraron aunque dejaron pigmentación posinflamatoria. La acarofobia (idea de que continuaba presentando la infestación) también fue remitiendo. Como conclusión destacamos la importancia de conocer las complicaciones de la sarna para tratarlas y no repetir tratamientos innecesarios.

SARA MARTÍNEZ ALONSO
CAROLINA YBARNEGARAY HIGUERAS
ALEJANDRA DIEGO ARCE

Contacte:
smartinezalonso04@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8839

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, no sé que és el gluten!

Pacient de 48 anys amb síndrome de Down, restrenyiment d'anys d'evolució en seguiment a gastroenterologia i tractament amb Movicol®; viu amb la seva mare, que és la cuidadora principal, i acut a un taller ocupacional de 9 a 17 hores, però disposa d'una escassa xarxa social.

Motiu de consulta: consulten al seu metge de família per empitjorament del restrenyiment, amb alternança d'episodis de deposicions diarrièriques i marcada distensió abdominal.

Exploració física: abdomen distès, tou i depressible, peristaltisme conservat, dolor a la palpació generalitzada, sense signes d'irritació peritoneal.

Analítica: destaca antitransglutaminasa immunoglobulina (Ig) A 4.048,7 HLA DQ2.5 positiu. Nova analítica amb anticossos antitransglutaminasa 3.417,5, anti gliadina 964,1 i anticossos antiendomisí IgA positius.

Fibrogastroscòpia: atròfia de la mucosa duodenal.

AP: mucosa duodenal amb atròfia vellositària completa i exocitosi limfocitària (Marsh 3c i 3b).

Diagnòstic: malaltia celíaca.

S'explica a la cuidadora el tractament, amb dieta estricta sense gluten i l'etiquetatge dels aliments, així com importància de la contaminació creuada. Tenen dificultats per al seguiment estricte de la dieta, per això s'ha citat en diverses ocasions per verificar la dieta correcta. Es va contactar amb el taller ocupacional i amb l'Associació de Celíacs de Catalunya per rebre suport familiar. Es va contactar amb els serveis socials per donar suport en l'impacte econòmic familiar que va suposar el canvi de dieta.

Analítica sanguínia de control al cap de 3 i 6 mesos de la dieta sense gluten: anticossos antitransglutaminasa 253,3 i 124,5, respectivament.

Millora del restrenyiment i de la distensió abdominal sense que calgui l'ús del Movicol®. Segueix els controls a atenció primària.

Conclusions/aplicabilitat: la malaltia celíaca segueix essent infradiagnosticada, tot i tenir una prevalença elevada. Conèixer les manifestacions clíniques i els grups de risc per patir-la ajuda a un diagnòstic ràpid. Conèixer l'àmbit familiar ha estat essencial per reconèixer les necessitats que permeten fer una dieta correcta. La dieta estricta sense gluten és l'únic tractament. La negativització dels anticossos es produeix 6-12 mesos després de l'inici de la dieta. Assegurar un bon compliment és necessari per a la millora clínica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PERE JIMÉNEZ LÓPEZ
REMEI TELL BUSQUETS
GEORGINA MARINÉ LLAURADÓ

Contacte:
gmarine@absaco.org

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8844

Comunicació:
PÒSTER

L'anamnesi és fonamental, fins i tot en les odinofàgies

Dona de 31 anys sense antecedents patològics d'interès consulta en dues ocasions per molèsties a la cara anterior del coll, de diversos dies d'evolució, suggestives inicialment d'odinofàgia. S'inicia tractament amb antiinflamatori amb escassa millora clínica, fet pel qual reconsulta en una tercera ocasió i és derivada a la consulta del seu metge de família.

Es reinterroga la pacient, que explica malestar a la cara anterior del coll, sense dispnea, disfàgia ni altra simptomatologia. En l'exploració física presenta auscultació cardiorespiratòria i orofaringe normals, sense adenopaties. A la cara anterior del coll es palpa un petit goll tiroïdal. Davant les troballes clíniques es pregunta per la simptomatologia tiroïdal i la pacient manifesta febrícula vespertina, malestar general lleu, hiperhidrosi, nerviosisme i sensació intermitent de palpitations. Sense síndrome tòxica.

Se sol·licita analítica sanguínia que mostra hipertiroïdisme amb hormona estimulant de la tiroide (TSH) inhibida i tiroxina (T4) lliure de 2,44 ng/dl, i ecografia tiroïdal compatible amb tiroïditis en fase subaguda.

Ampliem l'estudi analític amb autoanticossos tiroïdals, que són negatius. S'inicia tractament amb propranolol i es realitza interconsulta amb endocrinologia, que confirma la sospita diagnòstica de tiroïditis subaguda. Es planteja seguiment per a control dels símptomes i controls analítics seriats amb perfil tiroïdal.

La pacient presenta millora clínica amb l'inici de blocadors beta. En el tercer control analític presenta l'inici de fase hipotiroïdal, que persisteix actualment, motiu pel qual es retira propranolol i s'inicia levotiroxina.

Com a conclusió volem destacar la importància de l'anamnesi i no quedar-se només amb el símptoma inicial.

CLARA BALLART TERRAL
MARIA LASAGABASTER URIARTE
JOAN DE MONTSERRAT I MORENO
XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
DAVID SUST MIRALPEIX
SÍLVIA CALVET JUNY

Contacte:
clara.ballart.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8845

Comunicació:
PÒSTER

Característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients morts per covid-19 durant la pandèmia en un centre d'atenció primària

Objectiu: descriure les característiques de mortalitat per covid-19 des de l'1 de març de 2020 fins al 28 de febrer de 2022 segons el registre de mortalitat d'un centre d'atenció primària (CAP).

Material i mètodes

Disseny: estudi descriptiu longitudinal retrospectiu d'una cohort d'un CAP.

Criteris de selecció: tots els pacients inclosos al registre de mortalitat per covid-19 del CAP des de l'1 de març de 2020 fins al 28 de febrer de 2022 (22 subjectes).

Variables: característiques sociodemogràfiques, comorbiditats (malaltia pulmonar obstructiva crònica [MPOC], hipertensió arterial [HTA], diabetis *mellitus* de tipus 2 [DM2], obesitat, càncer i tabaquisme), dies des de l'inici dels símptomes (fins al diagnòstic, primera consulta i mort), lloc (primera visita, diagnòstic i mort) i tipus de visita.

Limitacions: mostra petita i variabilitat entre períodes per canvis en l'agressivitat del virus, les polítiques sociosanitàries i els protocols d'actuació. Canvi de CAP, comunitat o país.

Aspectes legals: aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Institut d'Investigació en atenció primària Jordi Gol.

Resultats: morts atribuïbles a covid-19: 22 (15 homes, mitjana d'edat de 76 anys, desviació estàndard 13,5). Comorbiditats: mitjana 2,18 (0,91), 15 tenien HTA, 8 DM2, 10 obesitat, 10 MPOC, 5 antecedent de càncer i 3 eren fumadors.

Van ser atesos inicialment a l'hospital 13 pacients i 9, al CAP. Del total, 20 van requerir ingrés hospitalari. Majoritàriament van ser diagnosticats a l'hospital (15) i van morir a l'hospital (19). La mediana del temps i el rang interquartil entre l'inici dels símptomes i l'atenció mèdica fou de 0 dies (1) i entre l'inici dels símptomes i el diagnòstic fou d'1 dia (3). La mediana de supervivència des de l'inici dels símptomes va ser de 10 dies (21).

Conclusions

Els pacients que van morir per covid-19 durant el període estudiat eren principalment homes, amb una mitjana d'edat de 76 anys i amb l'HTA com a comorbiditat més freqüent. La majoria van ser atesos inicialment en un hospital, lloc més prevalent de defunció.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARLOS GÓMEZ RUIZ
LETICIA CÁLIZ HERNÁNDEZ
TIAGO MOTA GOMES
NINO ABULADZE
MARÍA FLORENCIA POBLETE PALACIOS
MERCÈ CASASAYAS GUILERA

Contacte:
cgomezru82@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8846

Comunicació:
PÒSTER

Consulta monogràfica de diabetes para un adecuado control glucémico y medidas antropométricas

Objetivos: mejorar la capacidad resolutive en atención primaria de la diabetes *mellitus* (DM) con una consulta monogràfica. Principal: reducci3n de la glucemia en ayunas y hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) segùn las guías clínicas. Secundarios: reducci3n de la glucemia y la HbA_{1c} a los 6 meses. Reducci3n del peso y del índice de masa corporal (IMC) a los 6 meses.

Metodología: estudio de intervenci3n antes y despu3s con un intervalo de tiempo de 6 meses entre evaluaciones.

Criterios de inclusi3n: debut de DM de tipo 2 con HbA_{1c} >10% (menores de 60 años HbA_{1c} >8%). Mal control con dos o m3s antidiabéticos orales a dosis plenas.

Criterios de exclusi3n: otro tipo de diabetes diferente de DM de tipo 2.

Variables analizadas (CIE-10): cuantitativas: glucosa plasmática en ayunas (mg/dl), HbA_{1c} (DCCT/NGSP), peso (kg), IMC (kg/m²). Cualitativas: tabaquismo, hipertensi3n arterial, dislipemia, enfermedades cardiovasculares, complicaciones microvasculares, tratamientos antidiabéticos orales e inyectables.

Análisis estadístico para determinar si las diferencias son significativas con la prueba t de Student para datos dependientes. Por otro lado, se quisieron detectar posibles relaciones entre las variables (tendencia y significaci3n) y uso del análisis de correlaci3n.

Resultados: fueron remitidos 24 pacientes, y 18 completaron el seguimiento durante 6 meses. Edad media de 64,9 años y el 58% eran hombres. Glucemia basal de 192 mg/dl, HbA_{1c} del 9,06%, peso de 81,4 kg e IMC de 30,3 kg/m². Tras realizar la educaci3n terapéutica y el ajuste farmacológico, la glucemia fue de 143 mg/dl y la HbA_{1c} de 7,48%. Las diferencias eran estadísticamente significativas. Del total, 10 pacientes consiguieron estar en objetivos glucémicos, 3 mejoraron sus cifras glucémicas a pesar de estar ya en objetivo y los 5 restantes no consiguieron el objetivo glucémico, pero 4 redujeron la glucemia basal y la HbA_{1c}. Respecto al peso y el IMC, al final de la intervenci3n se situaron en 80,5 kg y 29,8 kg/m², diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: con una consulta monogràfica de diabetes se consigue una mejoría en el control glucémico y peso corporal.

CLARA ISABEL GASCÓN MORA
ELISENDA MAGRANÉ FRANCESC
MERCÈ GASULL GOMIS

Contacte:
cgmora.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8847

Comunicació:
PÒSTER

Prurito en una gestante

Mujer de 30 años, gestante de 37 semanas, sin antecedentes de interés. Acude por prurito en palmas y plantas, que apareci3 hace 1 semana. Explica que empez3 prioritariamente en estas regiones, pero que se generaliz3 en las últimas 48 horas. Niega aparici3n de lesiones cutáneas, dolor abdominal, ni otra sintomatología sobreañadida. No ha comenzado ningùn tratamiento ni alimentaci3n nueva. No tiene animales de compaía, ni ha realizado viajes recientemente.

En la exploraci3n física muestra buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable. Exploraci3n por aparatos dentro de la normalidad, incluyendo la piel, normocoloreada y sin lesiones.

Se realiza tira de orina cuyo resultado es normal. Ante la sospecha clínica de colestasis del embarazo, se solicita de forma preferente analítica sanguínea. Se explica la sospecha diagn3stica y los signos y sntomas por los que reconsultar.

Esa misma noche, la paciente comienza con dolor en hipocondrio derecho, por lo que consulta de nuevo. Ante la sospecha diagn3stica inicial se remite al servicio de urgencias hospitalarias, donde confirman el diagn3stico de colestasis del embarazo y se induce el parto.

La colestasis intrahepática del embarazo es la enfermedad hepática específica del embarazo más comùn que suele presentarse en el tercer trimestre. Los ácidos biliares en la sangre materna y fetal aumentan, lo que causa prurito en la madre y un mayor riesgo de complicaciones perinatales. La sintomatología se caracteriza por prurito, de inicio en palmas y plantas, en ausencia de lesiones cutáneas, que puede acompañarse de ictericia. La confirmaci3n diagn3stica se realiza, adem3s de por la clínica presentada, mediante una analítica sanguínea en la que se suele objetivar un aumento de los ácidos biliares totales en sangre materna.

Puesto que es la primera causa de enfermedad hepática en el embarazo, es importante reconocer y sospechar esta entidad desde atenci3n primaria para un rápido diagn3stico y así poder minimizar sus posibles consecuencias.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CARLOTA PUIGSERVER PERIAGO
CRISTINA MUÑOZ LÓPEZ
ADRIÁN NICOLÁS MATO

Contacte:
carlota.puigserver.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8848

Comunicació:
ORAL

Ponte las pilas con el mareo

Mujer de 88 años alérgica a las penicilinas, con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial esencial, infarto lacunar, angiodisplasias de colon con dos episodios de hemorragia digestiva baja, neoplasia de mama y portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, con demencia vascular (GDS 4).

Vive sola y es viuda desde hace 5 años, parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, con buen soporte familiar.

Múltiples consultas a dispositivos de urgencias y atención domiciliar por episodios recurrentes de inestabilidad cefálica, con rotación de objetos, de predominio matutino, que se autolimitan en minutos. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos a excepción de un nistagmo horizontorrotatorio puntual.

Orientación diagnóstica de vértigo paroxístico benigno. Se indica tratamiento, ajuste farmacológico y ejercicios de rehabilitación vestibular, sin respuesta, persistiendo los episodios.

En dos ocasiones, la inestabilidad cefálica implica caída casual en el domicilio, con traumatismo craneoencefálico asociado en una ocasión, lo que condiciona la realización de una tomografía computada craneal urgente en urgencias hospitalarias, sin hallazgos patológicos agudos.

El cuadro se prolonga durante 5 meses, con reconsultas. Condiciona un deterioro funcional y clínica afectiva progresiva con limitación de la actividad diaria e importante pérdida de autonomía. Iniciamos tratamiento farmacológico por repercusión anímica.

En nueva visita a urgencias hospitalarias, muestra cuadro de desconexión del medio con movimientos de las cuatro extremidades, con recuperación espontánea. Por telemetría se evidencia bradicardia a 30 lpm y espículas de marcapasos que no generan QRS. Se diagnostica de fallo de captura de marcapasos y se procede a implante de nuevo electrodo en el ventrículo derecho. Ha permanecido asintomática desde entonces.

El mareo es un motivo de consulta frecuente en nuestras consultas y puede ser un síntoma de enfermedades muy diversas. Su persistencia condiciona la limitación funcional y el deterioro en la calidad de vida. tiene repercusión anímica y comporta un importante consumo de recursos. Debe ser valorado de forma individualizada y teniendo en cuenta los antecedentes patológicos de cada paciente.

BLANCA CULLERÉ CABROL
ALBERT ROMERO GRACIA
JOANA GASSÓ JORDÁN
ANNABEL VIDAL CUPONS
ANA MARÍA PARRA PÉREZ

Contacte:
blcullere.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8849

Comunicació:
PÒSTER

Creació d'un programa d'acollida al nouvingut

L'increment de la població nouvinguda és un fet amb què ens trobem de manera recurrent a les consultes d'atenció primària, motiu pel qual s'ha acabat manifestant la necessitat d'implementar aquest programa per poder unificar els serveis proporcionats i aprofundir més en la salut i els problemes del pacient. L'objectiu de l'experiència és establir un primer vincle entre pacient i centre, de manera que amb una primera visita es pugui realitzar la visita mèdica en si mateixa i alhora proporcionar la informació indispensable. També per comprovar la documentació aportada i evitar que el pacient hagi d'acudir en diverses ocasions al centre de manera innecessària.

El circuit d'acollida al nouvingut s'inicia amb el personal de gestió i serveis, que fa el registre de les dades, gestiona l'alta com a assegurat del CatSalut, demana la targeta sanitària i és l'encarregat de derivar-lo a la consulta d'acollida.

La implementació d'aquest programa per donar resposta als problemes de salut específics del nouvingut pretén planificar una visita clínica feta per infermeria, en la qual, de manera estructurada, es registrin les dades bàsiques del pacient a la història clínica i es faci una detecció precoç de les malalties importades. Tot això mitjançant una anamnesi psicosocial i general, una exploració física i les proves complementàries corresponents. Posteriorment, es programa cita amb la unitat bàsica assistencial assignada, per a resultats i seguiment.

En conclusió, podem assegurar que el programa ens permet reduir el nombre de visites, fet que acaba comportant una atenció i una adherència millors, menor absentisme i una disminució de les consultes a urgències i, per tant, una disminució de la càrrega assistencial.

L'aplicabilitat d'aquest programa podria estandarditzar-se i estendre's per altres centres de salut, i així podrien comparar-se els resultats i les conclusions obtingudes en un altre context o realitat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

SUSANA CANO MARRÓN
SOFIA GODOY GARCÍA
NOEMÍ FÀBREGA RAMON
SARA PERERA PERERA
CAROLINA ROIG PELEATO
MARCELA MEJÍA MONDRAGÓN

Contacte:
scano.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8850

Comunicació:
PÒSTER

Anàlisi descriptiu de patologies dermatològiques i el seu maneig a l'atenció primària

Objectiu: analitzar les característiques dels pacients amb patologies cutànies, determinar diagnòstics i nivell de resolució.

Material i mètodes: estudi descriptiu dels motius de consulta dermatològics a l'atenció primària.

Àmbit d'atenció: atenció primària.

Criteris de selecció: pacients visitats entre maig de 2021 i juny de 2023. Nombre de subjectes: 403. Variables: edat, sexe, diagnòstic, tractament, biòpsia i derivació. Anàlisi estadística: freqüències relatives per a les variables qualitatives i la mitjana i la desviació estàndard (DE) per a les quantitatives.

Limitacions: pacients no presentats; diagnòstic no recollit. Es recullen les dades de forma anònima en base de dades.

Resultats: es tracta d'una mostra de 403 pacients, un 43,7% de dones i un 56,2% d'homes. La mitjana d'edat va ser de 57,4 anys (DE = 19,4). Les patologies més freqüents són berrugues (24,8%), queratosis actíniques (20,8%), queratosis seboreiques (10%), nevus (6%) i quists subcutanis (6%). Els tractaments aplicats van ser la crioteràpia (54,7%) i la cirurgia menor (34%), i es van realitzar un total de 20 biòpsies de lesions cutànies (5%). Les derivacions a consultes van suposar un 1,24% del total, mentre que un 98,8% de les consultes es van resoldre des d'AP.

El nevus es va presentar més freqüentment en dones (66,7% vs. 33,3%), també les queratosis seboreiques (70% vs. 30%). Les berrugues i la queratosis actínica són més freqüents en homes (55% vs. 45%) i (76,2% vs. 23,8%), respectivament.

Per a les berrugues, queratosis actínica i seboreica es va realitzar crioteràpia (94,5%, 96,43% i 85%).

Conclusions: les consultes dermatològiques són freqüents tot i que de baixa complexitat, com berrugues, queratosis actíniques i queratosis seboreiques. La possible malignitat acostuma a ser baixa i es requereix un nombre limitat de biòpsies (5%). Els tractaments més emprats són la crioteràpia i la cirurgia menor, amb un nivell de resolució molt alt, quasi del 99%, amb un baix nombre de derivacions a l'atenció hospitalària.

JOSEP MARIA VIVES BALLESTER
XÈNIA MASSA PUIG
EVA MARTÍNEZ PALET
CARMEN IOANA JARCA CIUCOS

Contacte:
jvives.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8851

Comunicació:
PÒSTER

Sessions grupals multidisciplinàries per a pacients amb fibromiàlgia en postpandèmia de SARS-CoV-2. La nostra experiència

La teràpia grupal multidisciplinària dels pacients amb fibromiàlgia ens permet un abordatge global i holístic que ajuda a generar un espai educatiu i d'acompanyament mutu, afavorint la comprensió i cura de la malaltia, i la riquesa del procés d'aprenentatge dels participants i professionals.

Cada professional implicat (infermera, psicòloga, fisioterapeuta i dietista) aborda una part específica i complementària del procés, sota la coordinació d'un metge de família expert en la malaltia i la pedagogia del dolor.

Les entrevistes inicials individuals i compartides per crear els grups ens van permetre abastar les diferents casuístiques, sobretot l'abocament emocional, que va ser molt present durant totes les entrevistes.

El paper de cada professional va ser ben definit:

Infermera: explicar els beneficis de l'exercici físic i les tècniques respiratòries de relaxació.

Fisioterapeuta: esmentar les normes bàsiques d'higiene postural i fer practicar als participants exercicis de cinesiteràpia i flexibilitat postural.

Psicòloga clínica: exercicis de control emocional i actitud psicològica davant del dolor crònic.

Nutricionista: com seguir unes pautes d'alimentació adequades en els pacients afectats per fibromiàlgia.

Es tractava del període postpandèmia de SARS-CoV-2. Es van realitzar dos grups consecutius, cadascun d'onze sessions, una sessió setmanal. Es va potenciar el diàleg entre els participants per tal de fer conèixer al grup els problemes personals i sentiments de cada participant. L'evolució de les sessions ha estat positiva per la gran participació d'idees i experiències personals dels assistents en els temes que els professionals van exposar, i la satisfacció dels participants va ser alta.

Es va connectar els participants als actius i als recursos de la comunitat des d'una perspectiva salutogènica i amb la voluntat de potenciar la seva xarxa i benestar.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

LILA COROMINAS GARCÍA
GEORGE GONZÁLEZ BETANCOURT
PAULA LLUÍS GRIÑO

Contacte:
lila1995@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8852

Comunicació:
PÒSTER

Dermatitis factícia. A propòsit d'un cas

Motiu de consulta: dona de 89 anys consulta, acompanyada pel fill, per una gran lesió facial única ulcerada a la galta esquerra.

Història clínica

Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària i bon suport familiar, amb demència vascular des del 2022, trastorn depressiu major, diabetis *mellitus* de tipus 2 i hipertensió arterial. En l'exploració presenta lesió facial ulcerada de mida gran a la galta esquerra, que el fill insisteix que es fa ella mateixa rascant.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: patomímia, dermatitis factícia, carcinoma basocel·lular, carcinoma escatós.

Tractaments i plans d'actuació: s'aplica apòsit a la ferida, de manera que no pugui manipular-la, i es programa control en 7 dies. Segons l'evolució es derivarà a dermatologia per descartar malignitat.

Evolució: al cap d'una setmana, la pacient acut a la visita de control, acompanyada pel fill. En la revaloració de la lesió, aquesta presenta una gran millora, gairebé amb curació de la ferida. La pacient segueix negant l'autoria de la lesió.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

La patomímia és una malaltia cutània, derivada d'un conflicte psicopatològic que la persona expressa lesionant-se la pell, i, a diferència de les excoriacions neuròtiques o la tricomania, el pacient nega l'autoria. És més típic en dones i les lesions poden ser molt variades. S'ha de sospitar quan els marges de la lesió són angulats, ben delimitats i estan localitzats a la banda contrària del braç dominant. El diagnòstic és complex, ja que es realitza per exclusió i el pacient en nega l'autoria. En aquest cas ha estat crucial la presència del fill, el seguiment estret de l'evolució de la pacient i el coneixement dels antecedents psicopatològics de la pacient. Pel que fa al tractament, donada la complexitat, és imprescindible una intervenció multidisciplinària per part de metge/essa capçalera, infermeria, dermatologia, psiquiatria i treball social.

LAIA LLUBES ARRIÀ
JOSÉ TOMÁS MATEOS GARCÍA
ALICIA MÀRQUEZ VIDAL
CARMEN BORBÓN NADAL
LAIA ORIOL PARRILLA
VERÓNICA MORENO IGLESIAS

Contacte:
laiallubes@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8853

Comunicació:
PÒSTER

Percepció dels pacients sobre les diferents estratègies comunitàries dirigides per infermeria per millorar l'autogestió dels pacients amb pluripatologia crònica. Un estudi qualitatiu

Objectiu: recollir la percepció dels pacients sobre diferents estratègies comunitàries dirigides per infermeria per millorar l'autogestió en pacients amb pluripatologia crònica.

Pacients i mètodes: es va dur a terme un estudi amb enfocament fenomenològic per explorar les experiències de 43 pacients a través d'entrevistes semiestructurades. L'estudi es va dur a terme el primer semestre de 2023 en tres centres d'atenció primària de la província de Lleida. Els criteris de selecció van incloure adults ≥ 18 anys diagnosticats amb pluripatologies cròniques dels tres centres d'atenció primària. El procés de captació es va realitzar a través de mostreig per conveniència. Les entrevistes van ser gravades en format digital i transcrites literalment. Les transcripcions van ser analitzades per dos investigadors de manera independent, a partir de la codificació de les principals troballes. Es va rebre l'aprovació del Comitè Ètica de Recerca de l'IDIAPJGol amb el codi 22/141-P. La participació va ser voluntària i va requerir el consentiment informat dels i les participants.

Resultats: les categories d'anàlisi van ser aquells factors que s'identificaven com a determinants de l'autogestió de la salut, com són: recursos comunitaris, informació i educació, coordinació de serveis i la seva influència en la qualitat de vida. A més, es van recollir propostes exposades pels pacients. Els participants van ressaltar la importància d'una informació clara i dels recursos comunitaris per millorar la seva qualitat de vida. L'adquisició d'habilitats d'autocura i l'accés a programes d'educació i grups de suport els identifiquen com a fonamentals. No obstant això, es va identificar una falta de coordinació entre els serveis de salut i les organitzacions comunitàries.

Conclusió: l'accés als recursos comunitaris i a la informació són fonamentals per millorar l'autogestió de pacients pluripatològics i promoure una atenció de qualitat en l'àmbit d'atenció primària.

Finançament extern: beca de recerca del COILL 2022.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

REINHARD DIETER THEILHEIMER TOSCA
ANDREA SANZ BOROBIA
ALEJANDRA POOLER PEREA

Contacte:
dieter14@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8854

Comunicació:
PÒSTER

Polifarmacia como variable de confusión en el diagnóstico del paciente anciano

Motivo de consulta: mialgia y malestar general de 2 meses de evolución.

Historia actual: mujer de 78 años con antecedentes de dislipemia, diabetes *mellitus* de tipo 2, CI, síndrome de Sjögren y hernia de hiato, con polifarmacia, que acude a urgencias por malestar general y dolor articular generalizado de 2 meses de evolución. Desde atención primaria se le prescribe tramadol 1/24 h y paracetamol 1/12 h. Se aumenta la dosis de tramadol hasta 3/24 h. Por persistencia de la sintomatología se añade amitriptilina sin mejora, por lo que acude al centro de urgencias de atención primaria, donde le prescriben parches de fentanilo de 50 mg. Ante una nueva llamada a medicina de atención primaria por persistencia de síntomas, se le suma morfina de liberación rápida. A las 48 h de añadir el último fármaco presenta malestar general, sensación de inestabilidad, náuseas y vómitos y es remitida a urgencias.

Evolución: en la exploración se evidencia un dolor generalizado de mayor intensidad en la cintura escapular y pelviana, edema en extremidades inferiores y ausencia de focalidad neurológica. La analítica muestra un filtrado renal de 25 ml/min/1,73 m² (previo de 55) y proteína C reactiva de 90 g/l, el resto normal.

Juicio clínico: nos encontramos ante dos hechos, por un lado, un síndrome de la cascada farmacológica y, por otro, una presentación atípica de la enfermedad en el anciano que implica una anamnesis dirigida.

Tratamiento y plan de actuación: se realizó una revisión sistemática de la medicación y se encontraron interacciones farmacológicas y efectos secundarios que son el motivo de derivación a urgencias. Se instauró un plan de desprescripción vigilada junto con su médico de atención primaria, y se inició tratamiento específico para la polimialgia reumática (corticoides y fisioterapia).

Conclusiones: el paciente anciano es un reto profesional. La presentación atípica de la enfermedad, la necesidad de una prescripción controlada y la coordinación entre niveles asistenciales se traducen en una atención integral.

MIREIA SANS CORRALES
CRISTINA COLUNGO FRANCIA
LAIA MONTAÑOLA PUJOL
PATRICIA RIPELL ROS
NÚRIA ROSICH DOMENECH
GRUP COL-LABORATIU DIGIMEVO
XAVIER LLEIXA RILLO
BETLEM FONT CURTO
MARIA JESÚS GARCIA MUÑOZ
LUIS JIMÉNEZ PUIG
IVÁN LOZANO LASSOLLE
JOAN PONT MARTORI
ALBERT SOLÉ VALL
MARTA SOLÉ VALL
ANNA BONANY VIVAS
JOAN BOSCO OLIVES FLORIT
SERGI MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
ANTÓN HURTADO LICHEL
JOSÉ MARÍA PANISELLO ROYO
ZHAO PAULA

Contacte:
misans@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8855

Comunicació:
ORAL

MEDUHTA. Millorarem el coneixement amb un canal audiovisual personalitzat?

Objectius: identificar les necessitats i oportunitats de millora en l'atenció del pacient hipertens (grup focal).

Elaborar contingut audiovisual educatiu (CAE) per a grup multiprofessional i pacient expert: plataforma acreditada d'informació audiovisual Point-Of-Care (POC).

Dissenyar un programa d'atenció i educació terapèutica d'hipertensió arterial (PAET-HTA) amb contingut audiovisual educatiu.

Metodologia: qualitatiu i quantitatiu basat en l'experiència del grup focal. Àmbit urbà d'atenció primària. Revisat per comitè de recerca: creació d'un grup focal dinamitzat per personal extern (quatre observadors i pacient expert): selecció (edat 15-44, 45-74, >74 anys, pluripatològic, baixa adherència, immigrant) i consentiment.

Anàlisi categòrica: percepció sobre alfabetització d'HTA, mètodes per millorar l'adherència, factors de risc conductuals, seguiment assistencial.

Mètode de transcripció: elaboració CAE estructurat dins del PAET-HTA, accedint a través del canal POC, per optimitzar pacients mal controlats.

Resultats: grup focal: 9 participants, 56% dones, 62,5 anys (22-85), 13,1 anys d'evolució, 100% medicats (1 fàrmac: 22%; 2: 33%, i 3 o més: 44%), 78% s'automesuren, 100% amb sobrepès o obesitat, 56% enol, 11% fumadors, 33% sedentarisme, 33% estrès, 33% diabetis, 89% dislipèmia i 22% apnees.

Percepció majoritària: la formació d'alfabetització rebuda era incompleta i desestructurada. El grau de satisfacció del seguiment assistencial es dependent del vincle i de la comunicació professional-pacient. Són insatisfactoris el nivell de resposta, la flexibilitat i la coordinació de l'alfabetització.

Material elaborat: 15 vídeos, 2 infografies i 4 documents (tècniques d'automesura, monitorització ambulatoria de la pressió arterial (MAPA), proves, recomanacions, seguiment, hàbits saludables, factors de risc, fàrmacs, principals mites i dubtes), tenint en compte les fases de la malaltia: debut i seguiment.

Conclusions: el grup focal ha permès planificar i dissenyar el CAE per implementar un nou model assistencial digital. La utilització del POC podria ser una eina de prescripció efectiva per millorar el coneixement i l'autocura dels pacients. Hi ha la possibilitat de desenvolupar CAE per a altres patologies prevalents a l'atenció primària.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANNA VALLDOSERA ESCATLLAR
CARMEN RAMOS DOMENECH
ALBA ROSICARDA MARÍN
ELENA DUQUE NAVASA

Contacte:
anna_valldo@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8868

Comunicació:
ORAL

Horitzó sanitari, cercant nous camins per als centres d'atenció primària

Objectius: la sobrecàrrega de les agendes en l'àmbit de l'atenció primària fa replantejar un filtre previ a la programació de les agendes de medicina. L'objectiu principal és crear un sistema per canalitzar la demanda d'una manera eficient i ràpida, i establir per a l'usuari un equip de referència permanent per resoldre els problemes pertinents. Com a objectius específics s'ha d'integrar la figura del personal de gestió i servei (GIS) a la unitat bàsica assistencial (UBA), desburocratitzar la demanda generada a la consulta i implantar la gestió de la demanda per part del personal GIS.

Descripció: el fet d'implantar el nou sistema de treball al centre d'atenció primària requereix diferents etapes. En la primera etapa es realitzen reunions on es decideix la necessitat d'incloure el personal GIS a l'UBA de referència. En la segona etapa es designen els membres que formaran les la triple UBA del centre. En la tercera etapa es fa la difusió dels membres i es dona a conèixer el projecte. En la quarta etapa es consensuen aspectes a millorar, com el circuit d'incapacitat laboral, el pla de medicació i les consultes per a resultats d'anàlitzes. Es decideix que, quan el ciutadà faci una demanda, s'anotarà a l'agenda del GIS de referència explicant els motius de la demanda. Aquest realitzarà una valoració de les demandes conjuntament amb la seva UBA i decidirà el tipus de visita i el professional destinat a cada sol·licitud. Es realitza una prova pilot amb dues triples UBA durant 2 setmanes i posteriorment s'afegeixen totes les UBA del centre d'atenció primària per fases.

Conclusions i aplicabilitat: el fet de treballar amb triples UBA permet optimitzar les agendes del personal i, per a l'usuari, disposar d'una persona de referència de manera permanent. A partir d'aquí és necessari realitzar estudis per avaluar aquest canvi de gestió.

ALBA MARTÍNEZ SATORRES
MARTA ARCARONS MARTÍ
ANDREA MARON LÓPEZ
MARTA VANRELL NICOLAU

Contacte:
albasatorres@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8869

Comunicació:
ORAL

Avaluació de l'escape room d'infeccions de transmissió sexual. Què fem si no arribem als objectius?

L'objectiu general de l'escape room d'infeccions de transmissió sexual (ITS) és habilitar les professionals sanitàries en el maneig clínic de les ITS a l'atenció primària. Tanmateix, entre els objectius específics, també s'hi inclou prevenir, detectar i abordar situacions de violència per gènere, orientació o identitat sexual. Se n'han realitzades cinc edicions i forma part de la formació reglada de la unitat docent com a activitat obligatòria durant el anys 3r o 4t a medicina interna resident (MIR) i el primer o segon any a infermeria interna resident (IIR).

Abans i després del taller es realitzà un test de coneixements amb dos apartats: detecció de violències i ITS. El taller inicial augmenta considerablement la puntuació obtinguda sobre les ITS a l'examen (27-35%) de coneixements d'ITS. Tanmateix, pràcticament no es detecta cap canvi en la puntuació obtinguda en la detecció de violències. Això es pot explicar per l'alta puntuació obtinguda abans del taller i per l'absència de proves i continguts específics de l'activitat formativa. En la revisió i discussió dels resultats de l'avaluació es decideix crear dues proves noves a l'escape room per treballar la detecció i l'abordatge de les violències masculistes, i treballar cooperativament amb membres d'un grup de treball expert en el tema.

Es realitza test pre i post en la primera edició d'aquesta nova activitat i l'increment de puntuació torna a ser modest: 3% en violències, 10% en ITS. Amb una puntuació mitjana sobre 10 de 7,23 en violències i de 5,94 en ITS al pre, i de 7,53 en violències i 6,71 en ITS al post. La valoració qualitativa i la percepció de docents i participants al *debriefing* difereix d'aquests resultats.

Conclusions: les preguntes del test no s'adeqüen als continguts de l'activitat formativa, cal revisar l'activitat i també les preguntes d'avaluació. L'avaluació continua d'una activitat formativa a partir d'indicadors basats en els objectius permet millorar-la perquè realment hi doni resposta.

ALEJANDRA POOLER PEREA
REINHARD DIETER THEILHEIMER TOSCA
ANNA LLINÀS VAQUER

Contacte:
alpooler@uic.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8872

Comunicació:
PÒSTER

Para echarse a temblar...

Àmbit: atenció primària.

Motivo de consulta: acude a la consulta un hombre de 72 años por temblor en ambas manos, principalmente en la acción y al sujetar objetos, predominante en la extremidad derecha y que se inició hace 8 años. Dicho temblor se ha intensificado en el último año y le dificulta la realización de las actividades básicas, tales como comer sopa y atarse los botones de la camisa. Aumenta en situaciones de estrés.

Historia clínica

Antecedentes personales: paciente hipertenso en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20 mg/12,5 mg. Sin consumo enólico ni hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: sin antecedentes familiares.

Exploración física: consciente y orientado. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. En la exploración neurológica, pares craneales normales y no presenta temblor en reposo. Temblor postural bilateral en extremidades superiores moderado, más pronunciado en el lado derecho. Temblor cinético moderado que aumentaba de amplitud al acercarse al objetivo. Sin distonía ni dismetrías. Maniobra de distracción negativa. Marcha normal. Giro preservado.

Pruebas complementarias: analítica de sangre con función tiroidea, renal y hepática normales.

Juicio clínico: temblor esencial.

Tratamiento: recomendamos evitar la cafeína y otras sustancias estimulantes. Dado que el temblor interfiere en sus actividades básicas de la vida diaria, proponemos propranolol 60 mg/día.

Evolución: en visita de control a las 3 semanas, el paciente refiere una importante mejoría de la clínica. En la exploración observamos una amplitud del temblor disminuida.

Conclusiones y aplicabilidad en medicina familiar

El diagnóstico del temblor esencial es competencia del médico de familia, así como su tratamiento de primera línea. Es importante conocer sus características, ya que se trata del trastorno de movimiento más frecuente en atención primaria (en la mitad de los casos presenta un patrón de herencia autosómica dominante y se inicia en la edad adulta con un pico a los 70 años). Además, es útil conocer las características principales de los tipos de temblor más frecuentes y sus signos de alarma.

JORDI BRESÓ ESCURA
MARTA OBIOLS TORREBABELLA
JESSICA GALINDO GIL

Contacte:
jbresco.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8875

Comunicació:
PÒSTER

És útil l'ecografia a les consultes d'atenció primària?

Dona de 59 anys, amb antecedents personals d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2 i obesitat mòrbida. Nega hàbits tòxics i medicamentosos. Consulta múltiples cops a urgències, per dolor a l'extremitat inferior dreta (EID), que li provoca caigudes ocasionals des de la seva pròpia alçada. Sense altra clínica acompanyant.

A traumatologia d'urgències li realitzen múltiples radiografies sense lesions agudes i la donen d'alta amb antiinflamatoris.

A la visita al CAP, la pacient mostra un bon estat general, es troba hemodinàmicament estable, eupneica, normohidratada, normoacolorida i funcions superiors conservades.

Exploració física: empastament, EID lleument edematosa i envermellida respecte a la cama esquerra; i la resta de l'exploració dins la normalitat.

Realitzem ecografia amb resultat d'ocupació de material ecogènic de la vena poplítica, sense evidència de flux Doppler en el seu interior. Compatible amb trombosi venosa profunda (TVP).

Orientació diagnòstica: s'orienta com TVP en vena poplítica amb safena anterior permeable. S'inicia tractament amb heparina de baix pes molecular (HBPM) 1 mg/kg/12 h i es deriva a consultes externes vasculars de forma urgent/preferent. Se sol·licita analítica amb dímer D i electrocardiograma (ECG).

En el seguiment de la pacient s'observa que des del servei de vascular es realitza ecografia reglada, on es confirma TVP poplítica. Mantenen HBPM durant 6 mesos per l'alt risc trombòtic de la pacient i el baix risc hemorràgic.

Comentari: aquest cas clínic vol reflectir la complexitat de l'especialitat de medicina familiar i comunitària. El metge o metgessa de família pot valorar el pacient amb tota la seva globalitat i enfocar l'estudi clínic més precís. En aquest cas, la pacient havia estat visitada per diferents metges en múltiples ocasions, i s'havien valorat causes traumàtiques, però no altres malalties compatibles.

Com que coneixiem la pacient, els seus antecedents mèdics, i gràcies a l'observació del canvi en l'exploració física, vam sospitar una causa vascular. Mitjançant una ecografia a la pròpia consulta, es visualitzà una lesió a la zona de la vena poplítica i se sospità TVP. Per avançar-nos a la possibilitat de complicacions greus, s'inicià tractament amb HBPM i es derivà a consultes externes de cirurgia vascular.

ALEJANDRA POOLER PEREA
ANNA LLINÀS VAQUER
REINHARD DIETER THEILHEIMER TOSCA

Contacte:
alpooler@uic.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8876

Comunicació:
PÒSTER

Otra copa no hará daño...

Àmbit: centro de urgencias atención primaria (CUAP).

Motivo de consulta: hombre de 63 años que acude al CUAP por fatiga y malestar general, de 1 mes de evolución, y edemas en ambas extremidades inferiores. Además, su mujer nos explica que está peor desde que ha dejado de consumir alcohol.

Historia clínica

Antecedentes personales: hombre fumador de 1 paquete diario, consumo enólico de 100 g de alcohol diario (cervezas). El paciente presenta diabetes *mellitus* de tipo 2 en tratamiento antidiabético oral.

Exploración física: tensión arterial de 105/73 mmHg, 80 lpm, febrícula de 37,2 °C, saturación de oxígeno del 95%. En la inspección, ictericia mucocutánea. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos; respiratoria: murmullo vesicular conservado. Abdomen distendido, depresible, múltiples telangiectasias en la inspección cutánea; no presenta hígado ni esplenomegalia. Molestias al palpar ambos hipocondrios. Eritema palmar. En la exploración neurológica, ligera bradipsiquia, *flapping tremor*, marcha enlentecida. Edemas bimaletolares en ambas extremidades inferiores.

Pruebas complementarias: la ecografía clínica muestra ascitis, con líquido libre intraperitoneal en el espacio de Morrison y espacios subfrénicos izquierdo y derecho. El hígado se observa más hiperecogénico que el córtex renal, lo que indica su esteatosis, de grado leve-moderado (aumento de ecogenicidad con dificultad para valoración de vasos intrahepáticos).

Juicio clínico: sospecha de hepatitis alcohólica aguda.

Tratamiento: derivamos a centro hospitalario de referencia.

Evolución: analíticamente, el paciente presentó bilirrubina de 7,12 mg/dl, GOT 302 mg/dl, GPT 213 mg/dl, GGT 183 mg/dl, proteína C reactiva de 63 mg/dl, ligera leucocitosis, índice internacional normalizado (INR) 1,92, anemia microcítica. La tomografía computada abdominal mostró hallazgos compatibles con hepatitis alcohólica aguda. El paciente ingresó a cargo del servicio de digestivo del hospital.

Conclusiones y aplicabilidad en medicina de familia

La hepatitis alcohólica aguda es una emergencia que debe sospecharse siempre ante un paciente bebedor. La anamnesis y la exploración física aportan mucha información para poder diagnosticarla. El uso de la ecografía clínica nos puede aportar datos añadidos importantes desde un centro de atención primaria.

IMMACULADA FROU LLENAS
MAR LLOBET ESTEBAN
NÚRIA MORLANS SÁNCHEZ

Contacte:
ifrou.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8877

Comunicació:
PÒSTER

Encorbament i disfàgia. Però, doctora, jo vaig fent...

Àmbit: primària.

Motiu de la consulta: aprofitar la visita de control de la hipertensió arterial (HTA).

Història clínica

Observo el pacient pel carrer i camina molt encorbat.

Antecedents personals: cardiopatia isquèmica, depressió, apnea del son, HTA, arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular (ACxFA). No consten consultes sobre dolors lumbar o cervicals.

Quan ve a consulta li comento i em diu que també li han dit, però que no té dolor i no li ha donat importància. Es realitzen radiografies cervicals, dorsals i lumbar, i es demana informe radiològic que assenyala formació de ponts osteofítics intersomàtics cervicals, dorsals i lumbar per una probable malaltia de tipus hiperostosi esquelètica difusa idiopàtica (DISH).

Judici clínic: malaltia de Forestier-Rotés Querol.

Es comenta la sospita diagnòstica i recorda que ja li havien dit. No constava en el seu historial. Al cap de 2 anys comenta que en alguna ocasió té dificultats per empassar sòlids. No hi ha síndrome tòxica associada. Es realitza estudi per digestiu on es detecta en la fibrogastroskòpia una hèrnia de hiatus, duodenitis no erosiva i gastritis erosiva. També es demana manometria: valors dins dels límits de la normalitat. El pacient rebutja pH-metria. Se li indica tractament amb inhibidors de la bomba de protons (IBP), però detectem que no la realitza.

Comento la possibilitat que la disfàgia tingui una causa extrínseca per l'ossificació d'un lligament a nivell cervical i que caldria repetir les radiografies i valorar tomografia computada del coll, però els episodis de disfàgia són aïllats i rebutja fer res més.

Evolució: la malaltia no és una prioritat en aquests moments. El pacient rebutja els tractaments i les proves complementàries recomanades. És una malaltia que no causa dolor, però sí, com en el cas del pacient, afecta la rigidesa i pot donar en algunes ocasions disfàgia per compressió extrínseca.

Conclusions

Acompanyar el pacient i conèixer els seus antecedents és fonamental en la pràctica clínica de la medicina familiar. La rellevància d'una malaltia ha d'estar contextualitzada dins del procés vital del pacient.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PALOMA CAMÓS GUIJOSA
NÚRIA SARRÀ MANETAS
FERNANDO GÓMEZ SANTIDRIÁN
MANUEL PÉREZ BAUER

Contacte:
pcamos.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8878

Comunicació:
PÒSTER

La unitat psicosocial. Obrint espais d'escolta al malestar mental en atenció primària

Objectius de l'experiència: oferir espais mentals i físics d'escolta reflexiva, lliures de prescripció farmacològica, als pacients amb trastorns mentals lleus, sense criteris de derivació al centre de salut mental de referència, que permetin fer evidents les arrels psicosocials dels conflictes de salut i la realitat complexa de cada pacient.

Descripció de l'experiència: durant 5 anys (2010-2014) vam posar en marxa una consulta que vam anomenar psicosocial en la qual una metgessa de família i la treballadora social, supervisades inicialment per un psicòleg en coordinació de casos, atendien durant uns 20 minuts per visita els pacients derivats per professionals de l'àrea bàsica de salut. Es volia afavorir l'aproximació biopsicosocial dels problemes, basada en una relació professional-pacient equilibrada i amb un vincle emocional adient perquè es poguessin pactar canvis i fomentar la resiliència, en un clima de confiança mútua i reforçant l'autonomia dels pacients. Es van realitzar 756 visites a un total de 412 persones amb problemes d'ansietat i depressió lleus, trastorns mixtes, trastorns adaptatius, dol, dolor crònic i somatitzacions.

Conclusions: l'oferta d'espais de consulta orientats a una escolta activa va tenir bona acollida entre pacients i va suposar una descàrrega per als professionals en un moment de manca de referents de salut mental a primària. L'experiència de treballar des d'un vessant no medicalitzat va afavorir la disminució de la prescripció de psicofàrmacs (ansiolítics) de la professional sanitària, que s'ha mantingut i millorat amb el temps.

Aplicabilitat: en l'actualitat, tot i la disponibilitat de models de coordinació amb primària de psicòlegs clínics i de salut i la presència d'un o una referent de benestar comunitari (REBEC), creiem que potenciar que els sanitaris siguem conscients de la importància del context mental, basada en una relació professional-pacient equilibrada i amb un vincle emocional adient, pot evitar iatrogènia i cronificació del patiment mental expressat pels nostres pacients.

NÚRIA MORLANS SÁNCHEZ
MAR LLOBET ESTEBAN
DANIEL ALCANTARILLA ROURA

Contacte:
nuriamorlans@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8879

Comunicació:
PÒSTER

Pruïja persistent

Motiu de consulta: pruija d'anys d'evolució.

Antecedents personals: home de 46 anys. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics. Sense antecedents patològics d'interès i sense medicació habitual activa.

Anamnesi: el pacient reconulta per pruija cutània generalitzada. Ha consultat per aquest motiu diverses vegades en els últims 3 mesos. Se li han pautat tantes d'antihistamínic sense obtenir resposta. Refereix que ja fa anys que ho presenta de manera episòdica, però en els últims mesos s'ha fet continu i de molta més intensitat. A més, també refereix una pèrdua de pes progressiva de 20 kg en els últims anys, nerviosisme, tremolor distal i palpitations.

Exploració física: pressió arterial (TA) de 134/73 mmHg, 68 bpm, afebril. Tons cardíacs rítmics, sense bufs audibles. Murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits. Abdomen tou i depressible, no dolorós a la palpació i no es palpen masses ni megàlies. Lesions cutànies per rascat de forma generalitzada. Goll de grau II difús, lleument dolorós a la palpació. No es palpen adenopaties.

Proves complementàries: analítica de sang on destaca hormona estimulant de la tiroide (TSH) <0,005 mUI/l, tiroxina (T4) 7,51 ng/dl, triiodetironina (T3) lliure 26 pg/ml, anticossos antitiroglobulina 8,28 UI/ml i antitiroperoxidasa 827,3 UI/ml.

Ecografia tiroidal: tiroide d'ecogenicitat heterogènia, lleument augmentada de grandària amb algun nòdul subcentimètric de molt baixa sospita. Resta de proves complementàries anodines (radiografia de tòrax, ecografia abdominal i electrocardiografia).

Judici clínic: s'orienta el cas com un hipertiroïdisme, malaltia de Graves-Basedow.

Tractament: s'inicia tractament amb metimazole per via oral.

Evolució: el pacient evoluciona de manera favorable, amb notable millora de la pruija i de la resta de simptomatologia acompanyant. Es realitza analítica de control al cap de 2 mesos, amb pràctica normalització dels paràmetres tiroïdals.

Conclusions: la pruija pot ser el signe guia de diverses patologies mèdiques. És per això que davant d'una pruija sense resposta a tractament, o recurrent, cal ampliar l'estudi per trobar-ne la causa i poder oferir un tractament adequat.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

AURORA NAVARRO GÓMEZ
PATRICIA SANTOS DURAN
JÉSSICA SHAROL ÀLVAREZ CARCASI

Contacte:
anavarrog.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8881

Comunicació:
PÒSTER

Transaminitis silent

Motiu de consulta: astènia.

Història clínica

Home d'origen xinès, de 33 anys, que consulta per astènia i dolor abdominal inespecífic de mesos d'evolució. Sense síndrome tòxica ni febre. Sense antecedents patològics ni tractament farmacològic habitual. Nega hàbits tòxics.

Exploració física: bon estat general, normoacolorit i normohidratat, sense icterícia mucocutània, exploració abdominal normal, resta d'exploració física dins de la normalitat.

Proves complementàries: analítica: hemograma, funció renal, ionograma normal. Transaminitis (ALT 202 U/l, AST 89 U/l), lleu elevació de GGT (72 U/l), bilirubina normal (1,2 mg/dl). Diagnòstic diferencial d'hipertransaminèmia sostinguda: hepatopatia alcohòlica/farmacològica, hepatitis vírica crònica (B o C), malaltia del fetge gras no alcohòlic, hepatitis autoimmune, hemocromatosi.

Evolució: el pacient consulta al centre d'atenció primària i, després d'una valoració inicial, realitzem una analítica en què destaca transaminitis. Repetim analítica amb serologies i presenta persistència de la transaminitis amb serologies positives. Analíticament és compatible amb una hepatitis B crònica activa amb alta càrrega viral. Reinterroguem el pacient de forma dirigida, nega tatuatges, viatges recents o consum de productes d'herbolari. Com que es tracta d'un pacient de nacionalitat xinesa, revisem el calendari vacunal local, en el qual no és obligatòria la vacuna per al virus de l'hepatitis B (VHB).

Derivem al servei de digestologia per valorar l'inici del tractament.

Conclusions

La hipertransaminèmia aïllada com a troballa casual no és infreqüent en un pacient amb símptomes inespecífics. És important realitzar una anamnesi completa (nacionalitat, vacunació, fàrmacs, hàbits) i una exploració física dirigida, també cal determinar si es tracta d'una alteració transitòria o permanent. El diagnòstic precoç de les hepatitis víriques cròniques és un repte per a l'atenció primària pel seu debut tan silenciós. És per això que tenir a l'abast un estudi serològic i una imatge preliminar amb un ecògraf és important per empoderar el paper del metge o metgessa de primària.

JOSÉ FALOMIR MONTANER
ANTONI VIVES ARGILAGÓS

Contacte:
jfalomir@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8882

Comunicació:
PÒSTER

A propósito de un caso de exantema viral en adulto

Àmbit del caso: servicio de urgencias.

Motivos de consulta: fiebre, púrpura palpable, tumoración en el cuello.

Historia clínica

Hombre de 61 años, sin hábitos tóxicos, con antecedente de hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 72 horas de evolución consistente en tumoración a nivel laterocervical y exantema, que se inició en los antebrazos y posteriormente se extendió de manera generalizada en forma de púrpura palpable pruriginosa. En las últimas 24 horas se asocia fiebre de 38,5 °C y odinofagia.

Explica contacto con un nieto que presenta unas lesiones orales compatibles con gingivostomatitis herpética (no confirmada).

Exploración física: estable hemodinámicamente y afebril. Exantema purpúrico generalizado que respeta la cara. Tumoración dolorosa laterocervical izquierda. Orofaringe: edema del pilar amigdalino izquierdo. Abdomen y cardiopulmonar sin alteraciones.

Pruebas complementarias: analítica: hemoglobina 156 g/l, leucocitos 7,66 x 10⁹/l (fórmula normal), plaquetas 184 x 10⁹/l; AST 64 U/l; ALT 61 U/l; GGT 77 U/l; FA 81 U/l; proteína C reactiva 111,1 mg/l. Ionograma, función renal y coagulación en rango. Radiografía de tórax sin alteraciones. Sedimento de orina negativo y bioquímica sin proteinuria. Tomografía computarizada de cuello: numerosos ganglios de pequeño tamaño que se extienden hasta nivel supraclavicular, con afectación del pilar amigdalino y edema retrofaringeo, sin abscesos. Se inició corticoterapia y cobertura antibiótica y se decidió ingreso en unidad de corta estancia. En 24 horas mejoró del edema y del dolor cervical, desaparición de la fiebre. Se solicitó interconsulta con dermatología. Al tratarse de una púrpura palpable en un adulto se planteó un diagnóstico diferencial entre vasculitis leucocitoclástica en contexto de proceso infeccioso, púrpura trombocitopénica idiopática, vasculitis inmunoglobulina (Ig) A y exantema viral. Finalmente se realizó *punch* de piel, con diagnóstico de exantema viral. La erupción desapareció en 10 días.

Conclusiones

La importancia del caso radica en el correcto diagnóstico diferencial del exantema purpúrico palpable en adulto, sin olvidar el exantema viral como una potencial causa, aunque sea más frecuente en edad pediátrica.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CRISTINA ROS ESPIN
NATALIA LÓPEZ PAREJA

Contacte:
cros.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8883

Comunicació:
PÒSTER

El dolor abdominal inespecífic, tot un repte

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 45 anys que consulta per dispèpsia.

Història clínica

Pacient sense antecedents d'interès que consulta per astènia, distensió i dolor difús abdominal de 3 mesos d'evolució. En l'exploració presenta abdomen tou, depressible sense masses ni megàlies, no dolorós.

S'inicia estudi etiològic: analítica: hemograma normal; creatinina 0,87 mg/dl; filtrat glomerular 81 ml/min/1,73 m²; AST 32 UI/l; ALT 36 UI/l; fosfatasa alcalina 174 UI/l; GGT 141 UI/l; colesterol total 209 mg/dl; triglicèrids 89 mg/dl; anticossos antitransglutaminasa negatius; *Helicobacter pylori* negatiu; sang oculta en femta negativa, i no s'observen paràsits en femta. Ecografia abdominal: fetge amb múltiples lesions hiperecogèniques a tots dos lòbuls sense captació Doppler, vesícula de morfologia normal sense imatges al seu interior. No s'observa dilatació de la via biliar intra ni extrahepàtica. Àrea pancreàtica visualitzada parcialment sense alteracions. Esplenomegàlia heterogènia.

El diagnòstic diferencial de les lesions hepàtiques múltiples, en aquest cas, suggeria hemangiomas o sarcoïdosi sense poder descartar les metastasis hepàtiques. Comentem el cas immediatament i se sol·licita tomografia computada (TC) abdominal urgent per descartar metastasi, valorar melsa i orientar la causa del dolor abdominal: signes de malaltia neoplàsica disseminada que suggereixen procés neoproliferatiu primari de melsa (angiosarcoma) amb disseminació hepàtica múltiple. L'alternativa diagnòstica seria metastasis hepàtiques i esplèniques d'un tumor neuroendocrí no identificat mitjançant TC.

Judici clínic: sospita de angiosarcoma esplènic.

Pla d'actuació: es contacta amb hospital de referència per a seguiment i tractament.

Evolució: en aquest cas tan complex es va iniciar tractament quimioteràpic fins i tot sense diagnòstic definitiu d'anatomia patològica.

Conclusions

La realització d'ecografies a la consulta o als pocs dies, donada la demora als serveis de radiologia, pot canviar de manera important el pronòstic dels nostres pacients. A les malalties greus en les persones joves, el temps transcorregut fins al diagnòstic i tractament pot ser definitiu.

SANDRA ALMARCHA MÁRQUEZ
NÚRIA NADAL OLIVÉ
SIGFREDO CABRAL RIVERA
PAU SENDRA DE DIOS
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:
salmarcha@eapdretaeixample.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8884

Comunicació:
PÒSTER

Perfil clínic del paciente con esteatosis hepática

Objetivo: evaluar la prevalencia y el perfil clínico de pacientes con esteatosis hepática en un centro de salud urbano.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo transversal de población con diagnóstico de esteatosis hepática en un centro de salud urbano con una población de 52.000 habitantes. Se han incluido 318 pacientes.

Criterios de exclusión: otras hepatopatías (cirrosis, quiste hepático), menores de 15 años, desplazados y exitus.

Análisis estadístico: regresión múltiple y logística.

Resultados: N = 318 (hombres, 53,1%). Edad media 60,3 años (desviación estándar [DE] 14,03); hombres 57,1 años, mujeres 64,1 años. Coeficiente beta 7,02 (p = 0,00). Peso medio 80,48 kg; hombres 87,3 kg, mujeres 73,71 kg. Coeficiente beta -13,59 (p = 0,00). Índice de masa corporal (IMC) medio 28,7 kg/m² (DE 5,38). 21% con IMC <25; 39,9% con IMC 25-30, y 39,1% con IMC >30. Sin diferencias significativas entre sexos. Fumadores 18,37%. Consumo de alcohol (no consumo, consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo): total (44,4%, 49,2%, 6,5%), hombres (32,9%, 56,77%, 10,32%), mujeres (57,25%, 40,58%, 2,17%). Chi² = 21,12 (p = 0,00).

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial (HTA) 51,1%, dislipemia (DL) 63,4%, diabetes mellitus (DM) de tipo 2 27,7%, hemocromatosis 1,3%, patología tiroidea 14,7% (más frecuente en mujeres, chi² = 21,1 p = 0,00).

Resultados analíticos: plaquetas, media 247,7 (DE 69,9): 90,4% normales, 6,95% bajas, 2,65% altas. AST media 33,3 (DE 20,39), elevada 34,97%. ALT 41,6 (DE 30,4), elevada 28,6%. GGT media 63,7 (DE 72,2), elevada 46,99%. Fosfatasa alcalina media 91,1 (DE 40,2), elevada 60,7%. Colesterol 197,3 (DE 43,11), 51% >200 mg/dl. HDL media 50,2 (DE 15,1), <40 24,1%, 40-59 50,83%, >59 25,1%. LDL media 119 (DE 33,7), <100 25,5%, 100-130 35,1%, 130-160 29,1%, 160-190 8,3%, >190 1,99%. Triglicéridos media 151,3 (DE 87,7), elevados >150 38,13%.

Diferencias significativas entre sexos: plaquetas (chi² = 6,1 p = 0,05), AST (odds ratio [OR] = 0,56; p = 0,02), ALT (OR = 0,49; p = 0,01) colesterol total (OR = 12,5; p = 0,01), HDL (OR = 8,1; p = 0,00).

Tratamiento farmacológico: amiodarona 0,43%, metotrexato 0,44%, cortisona 4,22%, estrógenos 0,44%, antagonistas del calcio 16,46%.

Conclusión: prevalencia inferior a la esperada en nuestra población. Aumentar el cribado en pacientes de riesgo.

Se observa mayor consumo de alcohol en hombres y cifras de colesterol mayores en mujeres, con significancia estadística, por tanto, los factores de riesgo son diferentes según el sexo. El 80% presentan sobrepeso u obesidad, que es el factor de riesgo más frecuente, sin diferencias entre sexos. La esteatosis puede ayudar a la detección precoz de DM, DL o HTA.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DANIEL CARRILLO CANALES
SIGRID BONVEHÍ NADEU
BERTA BERTRANS VILARÓ

Contacte:
danielcarrillomail@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8885

Comunicació:
PÒSTER

No-adherència, blísters gratuïts

Àmbit del cas: atenció domiciliària.

Motiu de consulta: dona de 71 anys, acudim a domicili per avaluar mesures acordades per mala adherència als tractaments.

Història clínica

Enfocament individual: antecedents de trastorn bipolar, patologia osteoarticular, dislipèmia i fibromiàlgia. Pren sertralina, desvenlafaxina, simvastatina i paracetamol. Infermeria notifica dubtosa adherència terapèutica corroborada en visites successives conjuntament amb treballadora social, que correlaciona la clínica i el relat familiar.

Enfocament familiar i comunitari: coniu amb mare de 99 anys, dependent per a la majoria d'activitats de la vida diària. La filla viu a 20 km i hi va per preparar la medicació en caixetes retolades "matí" i "nit".

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: podríem pensar en falta d'efecte terapèutic, però observem que falten caixetes amb el rètol "nit". Preguntant sobre la sertralina del vespre no la troben. També detectem errors de compliment terapèutic de la mare. Orientem com mala adherència al tractament.

Tractament i plans d'actuació: suggerim sistema de blísters de farmàcia. La pacient acceptava aquest sistema, però no podien assumir el cost.

Evolució: la pacient accepta el sistema de blísters, però la filla ho rebutja per cost excessiu. Decidim seguir amb la metodologia actual i corregir errors, i visita de seguiment.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

L'adherència als tractaments crònics als països desenvolupats s'estima que és del 50%. Per combatre la no-adherència, cal sospitar-la, identificar-la i tractar la possible causa, essent els blísters de farmàcia una possibilitat.

La nostra intervenció ha estat de quatre visites d'infermeria, dues d'assistent social i dues de medicina. En cas de finançar els blísters hagués estat una visita d'infermeria per sospitar el problema i una de medicina per confirmar-lo, valorar i acordar la solució.

Aquest cas fa plantejar que per als casos socioeconòmicament més sensibles, el metge de família podria prescriure aquest sistema a cost zero per al pacient i això repercutiria positivament en l'economia del nostre sistema de salut.

ANA HERNÁNDEZ GIRBÉS
VINYET VIDAL VARGAS
MAR VIDAL ORELL

Contacte:
anahdezgir@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8887

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, l'especialista m'ha dit que he de prendre una altra pastilla

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta i història clínica: pacient de 87 anys en qui destaquen els antecedents de polifarmàcia, malaltia de Parkinson, diabetis *mellitus* de tipus 2 i hipertensió arterial, amb bons controls, malaltia renal crònica en seguiment per nefrologia, insuficiència venosa, glaucoma i hiperplàsia benigna de pròstata.

Pacient d'edat avançada que viu sol, independent per a les activitats de la vida diària amb bon suport familiar i lleu deteriorament cognitiu acut a la consulta d'atenció primària enfadat i amb incertesa. Explica que en el darrer control amb el nefròleg han pautat un nou tractament (dapagliflozina 10 mg/dia) i no entén el perquè, ja que ell es troba bé, els controls analítics no mostren empitjorament i no desitja prendre més medicació habitual.

Expliquem al pacient les noves recomanacions d'aquest fàrmac i els possibles beneficis i riscos del mateix, resollem dubtes i remarquem la no obligatorietat de prendre aquesta nova medicació, especialment amb el perfil i les característiques del pacient. El pacient ho entén, es mostra més tranquil, però no ho té clar. Deixem espai per reflexionar-hi i programem nova visita perquè ens comuniqui la decisió presa.

Conclusions: en una medicina en què històricament ha existit una relació vertical entre metge/essa i pacient, les actuacions, i en especial l'inici de tractaments, han estat més una imposició per part del metge/essa que una decisió compartida amb els pacients. És important que des de l'atenció primària apoderem el pacient i el fem responsable de la seva pròpia salut, i integrem en la pràctica clínica habitual la presa de decisions compartides en què el pacient no sols participa sinó que té la decisió final.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MERCÈ GIL BOFILL
JACINT ÀNGEL CAULA ROS
MIRANDA MADAULA MUNT

Contacte:
mercegil4@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8888

Comunicació:
PÒSTER

Directa a quiròfan

Àmbit del cas: rural.

Motiu de consulta: hematúria.

Història clínica

Dona de 91 anys amb antecedents d'insuficiència cardíaca, hipertensió arterial i dislipèmia que consulta per hematúria intermitent de 4 mesos d'evolució. Es practica analítica on no s'objectiva anèmia ni alteració de la funció renal. Es practica ecografia abdominal al centre d'atenció primària, en la qual s'observen a nivell vesical múltiples lesions exofítiques vascularitzades, associades a dilatació pielocalicial esquerra incipient, sense altres alteracions rellevants.

Judici clínic: neoplàsia vesical.

Tractament i plans d'actuació: de forma urgent es contacta telemàticament amb el servei d'urologia per comentar el cas i mostrar les imatges. Es programa directament resecció transureteral.

Evolució: posteriorment a la intervenció, el resultat de l'anatomia patològica és de carcinoma urotelial de patró papil·lar d'alt grau. Es realitza una segona i posteriorment una tercera resecció transureteral.

En l'ecografia de control d'un any després s'observa recidiva de la malaltia amb extensa neoplàsia vesical infiltrant, amb infiltració del meat ureteral esquerre i ureterohidronefrosi esquerra secundària. Després d'una valoració integral de la pacient es considera candidata a tractament pal·liatiu.

Conclusions

L'ecografia és una tècnica diagnòstica no invasiva, sense radiacions ionitzants, versàtil i assequible. Amb l'entrenament adient i directament des de la consulta d'atenció primària pot tenir una rendibilitat diagnòstica considerable, especialment en el medi rural on els pacients han d'invertir molts més recursos per accedir a tècniques diagnòstiques.

MARIONA TEIXIDOR CAMPS
XAVI GONZÁLEZ GIMÉNEZ
AINHOA BAZTÁN HORNILLOS

Contacte:
mariona.teca@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8890

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, yo ya no puedo más con este dolor

Història clínica

Dona de 44 anys, natural de Bolívia, amb sobrepès, sense hàbits tòxics, diabetis *mellitus* de tipus 2, ansietat i fibromiàlgia. En tractament amb metformina, sertralina i analgesia de 1r esglaió. Vida laboral: és cuidadora. Disposa de pocs recursos socioeconòmics i poca xarxa social al barri. Viu en una habitació d'un pis compartit amb els seus fills.

Motiu de consulta: refereix quadre d'episodis de dolor i tumefacció de petites articulacions d'ambdues mans de ritme inflamatori, des de fa uns 3 mesos, per als quals ha pres antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) amb millora parcial. Explica antecedent d'episodis d'omàlgia bilateral d'anys d'evolució pel qual ha estat valorada en diverses ocasions i per diferents professionals, i ha estat orientada com a patologia mecànica per sobrecàrrega laboral i ha rebut tractament amb analgesia, AINE i també alguna infiltració amb corticoides. Nega antecedents de dolor o tumefacció d'altres articulacions. Nega febre. No té clínica infecciosa genitourinària prèvia al quadre. Nega antecedents familiars d'artritis.

Exploració física: palpació dolorosa de les metacarpofalàngiques bilaterals 2a i 3a i sensació de vessament articular, sense eritema i lleu augment de temperatura local. Mobilitat d'espatlles activa i passiva amb arc dolorós, sense limitació funcional.

S'orienta el cas com a sospita d'artritis inflamatòria, per la qual cosa sol·licitem exploracions complementàries:

Analítica: hemograma, velocitat de sedimentació globular (VSG), proteïna C reactiva, bioquímica amb funció hepàtica, renal, urats, anticossos ANA, factor reumatoide (FR) i anticossos anti pèptid citrul·linat (ACPA). Resultats: VSG 52 mm/h, proteïna C reactiva 25 mg/dl, FR 180 IU/ml, ACPA >200 U/ml, ANA negatiu.

Radiografia d'espatlles i mans bilateral anodina.

Davant la sospita d'artritis reumatoide es decideix derivar a reumatologia, que inicia tractament amb dosis baixes de prednisona i metotrexat amb millora clínica.

Conclusions

Davant d'un episodi d'artritis és important valorar el ritme del dolor, la seva localització, antecedents previs, duració i clínica concomitant (febre, infecció prèvia, símptomes constitucionals). El diagnòstic de fibromiàlgia no exclou la possibilitat d'altres afeccions de l'aparell locomotor. L'atenció longitudinal és clau per realitzar un diagnòstic correcte.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

RAQUEL CANO CATIZONE
PAU OLIVARES SANZO
ROSA LLOVET FONT

Contacte:
rcano.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8891

Comunicació:
PÒSTER

Nefropatia membranosa en paciente que debutó con edemas en extremidades inferiores

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: edemas en las extremidades inferiores (EELI).

Historia clínica

Antecedentes: sin reacciones adversas a medicamentos conocidas, sin hábitos tóxicos, hipercolesterolemia, déficit de vitamina D. Tratamiento: simvastatina 20 mg.

Anamnesis: mujer de 45 años que acude a consulta por edemas en ambas EELI, de 4 meses de evolución, sin otra clínica asociada. Previamente había consultado por el mismo motivo, se había orientado el cuadro como insuficiencia venosa y se había tratado con troxerutina, sin mejoría clínica.

Exploración física: presión arterial de 175/93 mmHg. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos; pulmonar: murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. EELI: edemas con fóvea desde las rodillas hasta los pies.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia venosa crónica, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, enteropatía exudativa, edema premenstrual, embarazo, hipotiroidismo, desnutrición grave, edema idiopático, hipertensión pulmonar.

Pruebas complementarias: se realiza una analítica sanguínea en la que se objetiva hipoproteinemia (4,77 g/dl), hipoalbuminemia (2,4 g/dl), un filtrado glomerular estimado (FGe) normal, colesterol total de 233 mg/dl y déficit de vitamina D (5,6 ng/ml). En el análisis de orina se objetiva un cociente proteína/creatinina de 8.561 mg/g y un cociente albúmina/creatinina de 2.141,81 mg/g. Se completa el estudio con un análisis de orina de 24 horas: proteínas 5,07 g/24 h.

Juicio clínico: síndrome nefrótico a estudio.

Plan y evolución: se realiza derivación a nefrología, donde se amplía el estudio analítico y se realiza biopsia renal, con diagnóstico de nefropatia membranosa.

Conclusiones

El síndrome nefrótico se define por la presencia de proteinuria en rango nefrótico (>3,5 g/24 h) y se acompaña de hipoalbuminemia (<3,5 g/dl), hiperlipemia y edemas. La nefropatia membranosa es una de las causas más frecuentes de síndrome nefrótico en adultos no diabéticos. El papel del médico o médica de familia es esencial en el diagnóstico del síndrome nefrótico y es una entidad que debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante un paciente con edema bilateral.

ESTEFANÍA GARCÍA BANDE
NÚRIA BUSQUETS VALLBONA
MERCÈ GIL BOFILL

Contacte:
estefaniagarciabande@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8892

Comunicació:
PÒSTER

Fetge espatllat, espontani és el sagnat

Àmbit del cas: atenció domiciliària.

Motiu de consulta: dolor a l'extremitat inferior esquerra.

Història clínica

Home de 48 anys amb antecedents d'hepatopatia crònica avançada enòlica (Child Pugh B i MELD 16) amb descompensacions en forma d'ascites i edemes de grau III. Consulta per dolor intens de característiques mecàniques al maluc esquerre, de 7 dies d'evolució, que impedeix deambulació i bipedestació. Addicionalment refereix astènia marcada. En l'exploració destaca ascites i equimosi generalitzada, així com dolor intens que limita la flexió del maluc a partir de 10° en mobilització activa i passiva.

Judici clínic: sospita d'hematoma intramuscular per coagulopatia secundària a la insuficiència hepàtica.

Tractament i plans d'actuació: se sol·licita trasllat urgent per a valoració hospitalària.

Evolució: ja a urgències es realitza analítica sanguínea on destaca hemoglobina (Hb) de 5 g/dl i plaquetopènia de 47.000. Es procedeix a transfusió de 5 concentrats d'hematies, posteriorment, amb escàs ascens de l'Hb fins a 6 g/dl. Finalment i enfront de la dificultat d'objectivar el focus de sagnat, es practica tomografia computada (TC) abdominal amb troballa d'hematoma retroperitoneal esquerre pararenal (11 x 5 x 16 cm) amb signes de sagnat actiu, i hematoma intramuscular al múscul iliopsoes (7 x 11 x 24 cm) sense signes de sagnat arterial actiu. Se li practica embolització amb èxit.

Conclusions

La malaltia hepàtica avançada condiona l'aparició de trastorns greus de la coagulació. Entre altres alteracions, es produeix: disminució de la síntesi de la majoria de factors de coagulació, i trombocitopènia i disfunció plaquetària per disminució de la producció de trombopoetina, citocina produïda al fetge i que és responsable de la maduració de les plaquetes. Malgrat que l'hemorràgia espontània no relacionada amb la hipertensió portal sigui un fenomen poc comú en els pacients cirròtics, a l'hora d'avaluar clínicament un pacient amb hepatopatia avançada haurem de tenir en compte la possibilitat de sagnat per coagulopatia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARÍA LASAGABASTER URIARTE
CLARA BALLART TERRAL
JOAN DE MONTSERRAT I MORENO
XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
DAVID SUST MIRALPEIX
SÍLVIA CALVET JUNOY

Contacte:
maria.lasagabarte.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8893

Comunicació:
PÒSTER

Mortalitat en períodes pre-pandèmic i pandèmic en un centre d'atenció primària

Objectiu: Descriure les característiques de mortalitat per totes les causes abans i durant la pandèmia per SARS-CoV-2 segons el registre de mortalitat d'un centre d'atenció primària (CAP).

Material i mètodes

Disseny: cohort retrospectiva d'un CAP.

Criteris de selecció: pacients inclosos al registre de mortalitat del CAP entre l'1 de març de 2019 i el 28 de febrer de 2022, en tres períodes diferenciats: pre-pandèmia (març de 2019 fins al febrer de 2020), primer període de la pandèmia (març de 2020 fins al febrer de 2021) i segon període de pandèmia (març de 2021 fins al febrer de 2022). Inclusió de 220 subjectes.

Variables: causes fonamentals de les morts registrades (CIE-10), característiques sociodemogràfiques i comorbiditats (malaltia pulmonar obstructiva crònica, hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, obesitat, càncer i tabaquisme).

Limitacions: pèrdua de pacients per canvi de CAP, comunitat o país.

Aspectes legals: aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Institut d'Investigació en atenció primària Jordi Gol.

Resultats: registre de 220 defuncions (126 homes, mitjana d'edat de 75 anys i desviació estàndard [DE] de 14,2); 63 pre-pandèmia, 88 durant el primer període pandèmia i 69 durant el segon.

Per als períodes pre-pandèmia i primer i segon període de pandèmia, el nombre de defuncions va ser respectivament: tumoral (28-28-16), cardiovascular (9-14-16) i covid-19 (0-15-7).

La principal causa de mort va ser tumoral (72; més freqüentment del tub digestiu 16, pulmó 16 i pàncrees 6), seguida de cardiovascular (34) i causes externes (28). La covid-19 va ser la segona causa de mort en el segon període i la quarta causa en el global de l'estudi, amb 22 morts.

Conclusions

La mortalitat va ser superior en els períodes de pandèmia respecte als períodes previs; l'excés de mortalitat va ser atribuïble en part a les morts per covid-19; les principals causes de mort van ser tumoral, cardiovascular, causes externes i covid-19, i cal destacar un augment de la mortalitat cardiovascular durant la pandèmia.

MARÍA LUZ PUGLISI
EDUARDO SÁNCHEZ VARELA
ÓSCAR GIMENO GARCÍA

Contacte:
mluzpuglisi@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8895

Comunicació:
PÒSTER

La complejidad de la tercera edad

Hombre de 79 años, diabético, que presenta un mal control de la enfermedad. El paciente vive solo, está jubilado y no tiene relación con su familia, pero cuenta con un exsecretario que lo visita con frecuencia. Debido a problemas de transporte, el paciente no ha acudido a sus últimas visitas médicas, lo que lleva a realizar una visita a su domicilio.

Durante la visita se observa que el paciente está descuidado y con mala higiene. Aunque los resultados de una prueba de evaluación mental son normales, el paciente tiende a dispersarse durante la anamnesis y presta atención a otros temas. Una vecina alerta sobre las visitas extrañas que recibe el paciente y menciona que su nevera está siempre vacía.

Se realiza una prueba de control que descarta factores reversibles de demencia y muestra un nivel elevado de HbA_{1c}, lo que indica un mal control de la diabetes. El paciente continúa deteriorándose y su capacidad de autocuidado se ve afectada. Se decide iniciar el proceso de tramitación de la incapacidad judicial en colaboración con trabajo social, ya que la familia no puede hacerse cargo del paciente. Sin embargo, el exsecretario se opone y anuncia su intención de solicitar la tutela.

Después de un proceso judicial se otorga la curatela a una fundación y se descubre que las personas que se hacían pasar por cuidadores se aprovechaban del estado cognitivo del paciente para robarle dinero.

Conclusión: es importante estar alerta ante signos y síntomas, y adoptar un enfoque integral que considere el contexto biopsicosocial del paciente. Se resalta la necesidad de comprender las dificultades de los pacientes ancianos y su entorno, identificar los riesgos de manera preventiva y proporcionar el apoyo y los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida en esta etapa de su vida.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

FRANCESC D'ASSÍS ULDEMOLINS MARTINELL
MARIA ELENA TAVERNA LLAURADÓ
LAIA GENÉ HUGUET
BEATRÍU RIUS FERNÁNDEZ
CRISTINA PIÑOL USON

Contacte:
fulldemolins.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8897

Comunicació:
PÒSTER

No totes les picades són banals

Malaltia actual: pacient masculí de 55 anys que acut al nostre CAP per mala evolució d'unes lesions cutànies a les extremitats superiors, de 45 dies d'evolució.

Antecedents personals: hipertensió arterial en tractament amb losartan/hidroclorotiazida 50/12,5 mg; colitis ulcerosa en tractament amb adalimumab i azatioprina 50 mg. Exfumador fa 15 anys i enolisme de 3 cerveses/dia. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Exploració física: tres lesions ulcerades a nivell central, de 2-3 cm de diàmetre major, amb contorns actius i halo perifèric eritematós, localitzades a deltoïdes dret, colze dret i colze esquerre. S'ha estat aplicant tractament antibiòtic i antisèptic tòpic, sense millora.

Orientació diagnòstica: pioderma gangrenós vs. patologia limfoproliferativa o leishmaniosi.

Pla: es realitza interconsulta preferent a dermatologia (teledermatologia) i es valora el pacient a consultes externes d'aquest servei.

Diagnòstic diferencial: es planteja el diagnòstic diferencial d'ectima gangrenós per *Streptococcus*, leishmaniosi o esporotricosi, infecció fúngica profunda per *Mycobacterium marinum* o nocardiosi (menys probable). S'obtenen mostres cutànies de l'úlcer per a microbiologia (cultiu), biologia molecular (PCR) i es realitza una anàlisi sanguínia.

Diagnòstic de confirmació: es diagnostica leishmaniosi per PCR (*Leishmania* spp). En l'anamnesi dirigida, el pacient explica que té un gos afectat per la *Leishmania*.

Tractament i evolució: el pacient realitza tractament sistèmic a l'hospital de dia. Se suspèn medicació immunosupressora temporalment i es pauta fluconazole 200 mg per via oral diari i crioteràpia de totes les lesions, amb millora de les mateixes 3 mesos després.

Conclusions: la leishmaniosi és una zoonosi endèmica a Espanya, a la península i a les Illes Balears, especialment a les zones rurals. El seu agent etiològic més freqüent en el món és la *Leishmania tropica* i en el nostre medi la *Leishmania donovani* i la *Leishmania infantum*. Els reservoris del protozou són el gos i l'home, i es transmet pel mosquit *Phlebotomus*, que actua de vector.

SANDRA RIVAS LÓPEZ
GEMMA MARTÍNEZ SANTIAGO
NATALIA CUADRADO SOUZA

Contacte:
rivassandra023@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8898

Comunicació:
PÒSTER

Lactancia materna con dolor: fenómeno de Raynaud en el pezón

Àmbit del cas: grupo de lactancia dirigido por la matrona del servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de atención primaria.

Motivo de consulta: acude mujer de 32 años primípara al grupo de lactancia y refiere dolor en la escala EVA de 8 sobre 10 al amamantar a su hijo, de 1 semana de evolución, y se está planteando comenzar con lactancia artificial.

Historia clínica

Mujer de 32 años sin antecedentes de interés que tuvo un parto eutócico hace 1 mes. Desde hace 1 semana presenta dolor durante la lactancia.

Anamnesis: en la exploración, mamas de aspecto normal sin presencia de grietas visibles ni perlas de leche. Coloración de los pezones normal aunque se observa que, tras lactar, la paciente presenta un cambio de coloración en los pezones. Sin anomalías a la palpación. Buen enganche, posición y succión del lactante.

Pruebas complementarias: Cultivo de leche bilateral negativo, descartando mastitis.

Juicio clínico: síndrome de Raynaud del pezón.

Tratamiento y plan de actuación: nifedipino 30 mg 1-0-0, 10 días. Evitar bebidas con cafeína o teína, amamantar en lugar cálido y tranquilo, y aplicar calor antes y después de lactar.

Evolució: mejoría de la clínica tras la instauración del tratamiento.

Conclusiones

Realizar un buen diagnóstico diferencial permite establecer un buen tratamiento, disminuir el riesgo de abandono de la lactancia materna y mejorar la calidad de vida de las mujeres lactantes al disminuir el dolor durante la lactancia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CINTA ELVIRA ESTRADA ALIFONSO
ALEJANDRO ALVARADO SAGUÉ
CLAUDIA KRAMER ALBORS
LAURA BERENQUER NAVARRO

Contacte:
ce_estradaalifonso@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8899

Comunicació:
ORAL

Aprendre jugant: *escape room*, en Rota i en Coli i els antibiòtics

Objectiu: optimitzar l'ús d'antibiòtics en la població general a través de l'ensenyament a la infància dels conceptes bàsics sobre el seu ús racional. Per això, s'han treballat a les escoles participants els següents conceptes bàsics:

Diferència entre les infeccions virals i bacterianes, i tractament corresponent a cadascuna.

Competències individuals i col·lectives que promouen l'ús racional dels antibiòtics.

Coneixements bàsics sobre mesures de prevenció en malalties infeccioses i higiene: rentat de mans.

Descripció: l'activitat consisteix en un joc educatiu tipus *escape room*. S'ha dut a terme amb escolars de 6è de primària de dues escoles de l'àrea de salut. Consisteix en cinc proves ordenades en estacions consecutives, que permeten, així, un aprenentatge de forma esglaonada. L'activitat es va realitzar en grups de 5-6 alumnes per fomentar la participació i el treball en equip.

Les primeres proves en els grups escolars es van dur a terme en el context de la setmana d'ús racional dels antibiòtics. Per al proper curs 2023-2024 es vol realitzar a les tretze escoles corresponents de l'àrea bàsica de salut i arribar a les 18 línies de 6è de primària.

Per realitzar l'activitat, de manera prèvia a la intervenció, es van facilitar als centres docents pòsters i tríptics per treballar els temes. En aquestes infografies s'expliquen termes generals: què són els bacteris i els virus, què són els bacteris comensals, com evitar-ne la propagació, què són els bacteris resistents, entre altres. Els alumnes, podien emportar-se a casa posteriorment els tríptics per ensenyar-los a les famílies. Abans i després de l'activitat es passava un qüestionari per poder saber els coneixements adquirits amb aquesta intervenció, així com una enquesta de satisfacció.

Conclusions: amb aquesta activitat comunitària esperem transmetre la importància d'un ús prudent i racional dels antibiòtics.

Aplicabilitat: l'activitat pot ser aplicable a tots els territoris i àmbits d'atenció primària.

RAQUEL MARQUES PINHO
SUSANNA MONTESINOS SANZ
CARLOS DIEZ LÁZARO

Contacte:
raquel.pinho@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8900

Comunicació:
PÒSTER

Vòlvul intestinal: un cas de dolor abdominal

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor abdominal còlic a l'hipocondri esquerre, acompanyat de restrenyiment.

Història clínica

Enfocament individual: home de 62 anys, sense hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes, apendicectomia en la infància, diabetis *mellitus* de tipus 2 controlada amb dieta. Consulta per dolor abdominal de forta intensitat de tipus còlic a l'hipocondri esquerre, no irradiat, amb distensió abdominal, restrenyiment sense flatulències acompanyat de nàusees de 4 dies d'evolució i un vòmit fosc fa 24 hores. Sense febre termometrada.

Exploració: bon estat general, conscient i orientat, normoacolorit i normohidratat, eupneic, tensió arterial de 105/83 mmHg, 36,7 °C, 80 bpm. Auscultació cardiorespiratòria normal.

Exploració abdominal: abdomen globulós, distès i timpànic, dolorós a la palpació de l'hipocondri esquerre, sorolls peristàltics absents. Sense signes d'ascites, signes de Blumberg i Murphy negatius. Puny-percussió lumbar bilateral negativa.

Tacte rectal: esfínter normotònic. No es palpen masses ni acumulació fecal a l'ampolla rectal. Didal net.

Amb la sospita d'obstrucció intestinal, es deriva a l'hospital per a valoració. Es realitza radiografia d'abdomen, que mostra imatge en "gra de cafè".

Judici clínic: vòlvul a sigma.

Diagnòstic diferencial: Ili paralític, síndrome d'Ogilvie, restrenyiment crònic, megacòlon tòxic, fecaloma, carcinoma de còlon, colitis ulcerosa, malaltia de Crohn, pseudoobstrucció intestinal.

Tractament i plans d'actuació: es realitza desvolulació endoscòpica.

Evolució: favorable en pocs dies, amb resolució total dels símptomes.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

El dolor abdominal és un motiu freqüent de consulta a atenció primària. Les causes més freqüents generalment no són greus. El vòlvul de sigma és una causa d'obstrucció intestinal en edats avançades i és una urgència radiològica i terapèutica per l'alt risc d'isquèmia intestinal. El seu diagnòstic és radiològic. En el maneig del dolor abdominal a l'atenció primària és important realitzar una correcta anamnesi i exploració física, que permeti descartar un procés potencialment greu.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARIA ALEXANDRA BERTRAN SUEIRO
MARINA PELFORT MORENO
ZUNEL LUCÍA PINTOS VERJEL

Contacte:
mabertran@hospilot.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8901

Comunicació:
PÒSTER

La simulació basada en el pacient com a eina docent durant la residència

Els objectius es basen en:

1. Identificar els pacients segons els diferents codis.
2. Treballar en equip, fomentar l'organització i el repartiment de tasques.
3. Realitzar un triatge adequat i un diagnòstic precoç de les diferents situacions.
4. Conèixer les guies d'actuació per a la patologia i els seus criteris d'activació.
5. Aplicar els algorismes d'actuació davant de situacions d'emergència en un entorn segur.
6. Reconèixer i gestionar complicacions potencials i situacions greus.

Aquest programa és part d'un projecte d'aprenentatge relacionat amb la metodologia de la simulació per aprofundir en coneixements de l'abordatge del pacient que presenta una patologia dependent del temps de tipus codi ICTUS, codi IAM, reanimació cardiopulmonar, entre d'altres. La simulació s'usa com a metodologia per a l'aprenentatge. Es crea un espai el més aproximat possible a la realitat perquè els participants puguin tenir l'oportunitat d'experimentar, explorar i dur a terme una pràctica. La simulació es reconeix com una metodologia capaç de solucionar limitacions de la metodologia docent tradicional i està ben establerta en la formació de professionals. És la representació artificial d'un procés del món real amb la suficient fidelitat per aconseguir un objectiu específic. A més, permet fer una valoració d'una determinada acció.

Com a residents, la participació en simulacions permet realitzar una pràctica de la gestió de patologies dependents del temps en un entorn segur. També permet resoldre dubtes en temps real. Aquestes pràctiques han afavorit la nostra seguretat i independència en la gestió i atenció d'urgències reals, hospitalàries i en l'àmbit de l'atenció primària.

Des de totes les unitats docents es podrien organitzar simulacions similars, d'acord amb l'hospital o les universitats, per realitzar pràctiques en un entorn segur d'aquelles patologies dependents del temps, i millorar així les habilitats clíniques dels nous i les noves residents.

CAROLINA ALLEGRA WAGNER
IVAN ARRUFAT MARTÍN
FAIZA KIRAN MOHAMMAD JABEEN

Contacte:
wagner.carolina.allegra@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8902

Comunicació:
PÒSTER

Diarrea tropical autòctona

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: diarrea de 6 mesos d'evolució.

Història clínica: enfocament individual

Antecedents personals: home de 50 anys, d'Espanya, amb múltiples viatges a Amèrica del sud fa 14 anys i un viatge a Egipte amb banys a llacs i rius. Antecedents patològics d'hèrnia de hiat, asma bronquial i colecistectomia fa 2 anys.

Anamnesi: refereix episodis de distensió abdominal i diarrees de 6 mesos d'evolució, amb molèsties abdominals. Sense canvis d'alimentació. Sense viatges recents. Inicialment se sol·licita un coprocultiu i una analítica general, sense trobar alteracions rellevants. El pacient reconsulta sense canvis en la simptomatologia, en aquest moment es decideix ampliar l'estudi a paràsits, celiàquia i serologia de *Strongyloides*.

Exploració: abdomen tou, no dolorós a la palpació, sense masses ni organomegàlies ni irritació peritoneal.

Proves complementàries: analítica: sense eosinofília, elevació de GGT (112 U/l), hipertriglicèridèmia (alteracions ja presents a analítiques prèvies). Coprocultiu: negatiu. Paràsits en femta: negatius. Cribratge de celiàquia: negativa. Serologia de *Strongyloides*: positiva.

Diagnòstic diferencial: causes infeccioses (bacterianes, tropicals, paràsits), malalties inflamatòries intestinals, síndromes malabsortives, intolerància a la lactosa, celiàquia, hipertiroidisme.

Identificació de problemes: prevalença baixa de l'*Strongyloides* autòcton.

Tractament i plans d'actuació: es deriva el pacient a unitat d'infeccioses. Es tracta amb ivermectina ajustada al pes.

Evolució: en el control al cap de 10 mesos s'ha negativitzat la serologia i el pacient presenta millora simptomàtica.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

Cal tenir present malalties de baixa prevalença al nostre entorn una vegada ja s'ha descartat la patologia habitual.

Cal recordar la patologia importada en pacients autòctons.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MIAO QI YE JI

MARÍA FLORENCIA POBLETE PALACIOS

SIRA CASABLANCAS FIGUERAS

Contacte:

scasabla@clinic.cat

Número de registre:

XXIXCAMFIC_8904

Comunicació:

PÒSTER

¿Un síntoma? Dos patologías

Mujer de 70 años acude al CAP por empeoramiento de lumbalgia hace 1 mes, con irradiación a toda la extremidad inferior derecha (EID). Dolor en las piernas que la obliga a detener la marcha a los 5 minutos. Atraumática. Sin alergias. Fumadora.

Antecedentes personales: dislipemia, portadora de marcapasos, lumbalgia mecánica de 3 años de evolución. Cuidadora conviviente de cónyuge y madre.

Exploración física: sin dolor a la palpación de las apófisis espinosas lumbares, ni musculatura paravertebral. Maniobras de Lasègue y Bragard negativas. Sin calor local, ni signos inflamatorios. Sin palidez, ni frialdad, ni cianosis, ni heridas. Pulsos distales débiles, aparentemente simétricos. Sin déficits neurológicos.

En analítica presenta déficit de vitamina D, resto dentro de la normalidad. Radiografía lumbar en la que destaca osteopenia difusa con fractura-aplastamiento en plataforma superior de L1 y acúñamiento en L2. Dilatación aortoiliaca infrarrenal.

Se deriva a reumatología dado el empeoramiento a pesar del tratamiento sintomático. Se solicita tomografía computarizada (TC) lumbar con estenosis a nivel L4-L5 derecha, discopatía con calcificación e hipertrofia de ligamento amarillo y estenosis foraminal. Por lo que derivan a clínica del dolor, que solicita bloqueos facetarios y rehabilitación.

Paralelamente, por la clínica de arteriopatía y el hallazgo radiológico vascular, se realiza estudio mediante eco-Doppler y angio-TC, a través de cirugía vascular. Se constata estenosis difusa y oclusiones segmentarias en iliaca común y externa derecha, así como salida distal por femoral profunda, con femoral superficial ocluida. Se orienta como isquemia crónica de grado III de pierna derecha.

Se realiza endarterectomía de arterias femoral común y profunda derecha, y colocación de *stents* en ambas ilíacas comunes. Se inicia doble antiagregación. La paciente mejoró de ambos cuadros clínicos.

Conclusiones: es importante una anamnesis y exploración completas, y realizar el diagnóstico diferencial no solo de la lumbalgia, sino también del dolor en las extremidades inferiores para poder ofrecer el tratamiento adecuado a la paciente.

NEUS MIRÓ VALLVÉ

MERITXELL CALDERÓ SOLÉ

MARC OLIVART PAREJO

KAREN RODRÍGUEZ PÉREZ

DANIEL RÍOS

M. BELÉN VILANOVA FILLAT

Contacte:

miro.vallve@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFIC_8905

Comunicació:

PÒSTER

Determina l'obesitat un pitjor control metabòlic en els pacients amb diabetis mellitus de tipus 2?

Objectius: determinar si l'obesitat condiciona un pitjor grau de control metabòlic en els pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) i si aquest pitjor control es relaciona amb el perímetre del coll.

Material i mètodes: mostra de 605 pacients provinents de consultes d'atenció primària d'una zona rural, a qui, amb el seu consentiment, se'ls va enregistrar pes, talla, perímetre de coll, perímetre abdominal, glicèmia basal i hemoglobina glicada (HbA_{1c}) de la darrera analítica (dels últims 12 mesos). Es van excloure els menors de 18 anys, amb diabetis gestacional, *mellitus* de tipus 1 o autoimmune latent en adults (LADA) coneguda, embarassades, pacients amb patologia aguda o descompensació de patologia crònica.

Resultats: la mostra compta amb un total de 605 pacients, dels quals un 54% (50-58%) són dones, el 16,7% (13,7-19,6%) són diabètics, el 30,4% (26,7-34%) són obesos i el 21% (16,9-23,2%) tenen índex de massa corporal (IMC) <25 kg/m². La prevalença de la diabetis entre els obesos és del 27,2% (20,7-33,6%), mentre que entre els d'IMC <25 kg/m² és del 10,1% (5,7-14,4%), diferència estadísticament significativa per khi quadrat ($p < 0,01$). L'HbA_{1c} és del 6,16% (5,88-6,44%) en obesos i del 5,61% (5,33-5,89%) en els que estan amb normopès, diferències significatives per *t* de student ($p < 0,01$). A més, existeix una clara correlació entre el perímetre del coll i l'HbA_{1c} ($p < 0,01$) amb una correlació de Pearson de 0,194.

Conclusions: hi ha una alta prevalença d'obesitat. La DM2 i l'obesitat es relacionen amb significació estadística. A més, l'HbA_{1c} és significativament més alta en els obesos. El perímetre del coll també es correlaciona amb els nivells d'HbA_{1c}.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JESSICA PINTO ASENJO
ANTONIETA ALSO FONTANET
NATALIA ECHIBURU SALINAS

Contacte:
japinto@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8908

Comunicació:
PÒSTER

El equilibrio entre la sintomatología y la somatización. A propósito de un caso

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivo de consulta: hombre de 35 años que consulta por crisis de ansiedad.

Historia clínica

Sin antecedentes patológicos ni medicación habitual.

Acude a consulta refiriendo episodios de opresión torácica con dificultad respiratoria asociada a parestesias, espasmos y debilidad de predominio en las extremidades superiores e inferiores, que cursan de forma intermitente. Buen control de esfínteres. Niega traumatismo y clínica infecciosa. Refiere que los síntomas iniciaron con posterioridad al diagnóstico en un amigo de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Exploración física con auscultación cardiopulmonar normal, sin signos de focalidad neurológica; fuerza, sensibilidad y tono muscular conservados 5/5. Análítica sanguínea sin alteraciones.

Se inicia tratamiento con alprazolam 0,25 mg/8 h. En control a la semana presenta mejoría de la sintomatología por lo que se deja con alprazolam a demanda. El paciente inicia psicoterapia. Al mes mejora, pero persiste hipocondría y se inicia citalopram 20 mg, con mejoría posterior.

En consultas sucesivas persisten la debilidad y parestesias, sin pérdida de fuerza en las extremidades superiores. Se solicita electromiograma, sin neuropatía ni radiculopatía, pero con hiperreflexia generalizada. Se realiza una resonancia magnética cervical que descarta lesiones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: inicialmente se orienta como trastorno de ansiedad, sin embargo persistieron las parestesias, por lo que se realizaron estudios para descartar patologías como la radiculopatía, esclerosis múltiple y ELA.

Tratamiento y planes de actuación: citalopram 20 mg/día y psicoterapia.

Evolución: en visita de control presenta resolución completa de sintomatología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En un paciente ansioso con hipocondría, para el médico de familia, el equilibrio entre orientar y tratar la ansiedad y valorar también otros diagnósticos diferenciales que pueden entrar en juego es muy fino. Es importante priorizar el enfoque inicial del caso y el seguimiento del paciente para definir la sintomatología real de la somatización y descartar también otros diagnósticos.

NOEMÍ FÀBREGA RAMON
CAROLINA ROIG
MÒNICA SOLANES CABÚS

Contacte:
nfabrega.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8911

Comunicació:
PÒSTER

Neoplàsia de tiroide: diagnòstic ecogràfic en atenció primària

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient, dona de 31 anys, que consulta al CAP de forma programada, per *bultoma* en angle mandibular dret, d'aparició i creixement en els últimes mesos.

Història clínica

Antecedents patològics: hipotiroidisme subclínic, ferropènia aïllada sense anèmia, mastopatia fibroquística i obesitat.

Fàrmacs: ferro oral cada 24 h.

Exploració: es palpa nòdul indurat i mòbil a la palpació a nivell d'angle mandibular dret, d'uns 3 cm. No és dolorós a la palpació. No es palpen adenopaties cervicals ni axil·lars.

Proves complementàries: es realitza ecografia a la consulta d'atenció primària i s'observa lòbul tiroïdal dret: 1,53 x 1,99 x 3,08 cm. Volum = 4,90. Imatges quístiques a l'interior, la major de 0,22. Istme 0,36. Lòbul tiroïdal esquerre: 2,64 x 2,13 x 3,99 cm. Volum = 11,57. Nòdul 1: 1,48 x 1,50 x 1,36 cm; TIRADS 4: sòlid (2) + hipoecoic (2) + macrocalcificacions (1) = 5 punts. Nòdul 2: 2,86 x 3,18 x 3,10 cm; TIRADS 4: solidoquístic (1) + molt hipoecoic (3) + macrocalcificació (1) = 5 punts.

Diagnòstic: nòduls tiroïdals amb risc de malignitat.

Diagnòstic diferencial: tumor maligne de tiroide, nòdul tiroïdal benigne, adenopatia, lipoma, quist tiroglòs. Davant la sospita es valora la derivació a endocrinologia de forma urgent per a punció amb aspiració d'agulla fina (PAAF). Presenta anatomia patològica compatible amb carcinoma papil·lar de tiroide.

Tractament: es realitza tiroidectomia total sense incidències i s'inicia levotiroxina i calcitriol.

Evolució: després de la tiroidectomia presenta dolor i edema local, sense signes de sobreinfecció, que resol quan es drena la bossa de seroma. Actualment es troba asimptomàtica i presenta un control hormonal substitutiu correcte.

Conclusiones

La implementació de l'ecografia de tiroide en atenció primària és una realitat en la medicina familiar, aporta gran capacitat diagnòstica enfront de circuits hospitalaris que de vegades poden ser de difícil accés si no es disposa d'una aproximació diagnòstica. Donat l'alt índex de patologia tumoral maligna tiroïdal, disposar d'uns coneixements bàsics d'ecografia de tiroide és vital per a qualsevol metge o metgessa d'atenció primària.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

NEUS MIRÓ VALLVÉ
M. BELÉN VILANOVA FILLAT
MARC OLIVART PAREJO

Contacte:
miro.vallve@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8913

Comunicació:
PÒSTER

Una etiologia poc freqüent de dolor lumbar

Home de 87 anys, independent per a les activitats bàsiques de la vida diària, presenta lumbàlgia mecànica d'una setmana sense antecedent traumàtic. El dolor no s'irradia. Ha pres paracetamol sense millora. Exfumador des de fa més de 20 anys i dislipèmia.

El 2006 va ser diagnosticat d'una angina de pit que va requerir la realització de tres *bypass* aortocoronaris. Se li pautava Zaldiar® i millora. Al cap de 4 mesos, el pacient torna a la consulta i indica que torna a tenir dolor, més intens que en l'altra ocasió. Ara va amb un bastó i ja no pot anar a l'hort. No té simptomatologia urinària ni restrenyiment. No ha perdut pes. Té dolor a la palpació a nivell de la musculatura glútea esquerra i les apòfisis espinoses L2-L3. Limitació a la flexió de la columna lumbar. Lasègue i Bragard negatius, i reflexos osteotendinosos presents i simètrics, taló-punta conservat, radiografia de columna lumbar (front i perfil): escoliosi, signes degeneratius a tota la columna lumbar, disminució de l'espai articular L3-L4.

Anàlisi general: hemograma normal, bioquímica normal, proteïna C reactiva de 8,65 mg/l, antigen prostàtic específic (PSA) 0,74 µg/l.

Ecografia realitzada a atenció primària: aneurisma voluminós d'aorta distal, de 67 mm de diàmetre.

Diagnòstic diferencial: dolor osteomuscular, còlic nefrític, origen tumoral o infecció.

El pacient va ser remès a cirurgia vascular i el van intervenir.

A atenció primària s'acostuma a fer diagnòstics de sospita i treballar amb un alt grau d'incertesa. L'ecografia clínica és una eina que cada cop és més utilitzada i que augmenta molt la resolució.

MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
FRANCESC ULLDEMOLINS MARTINELL
ALBERTO CARRILLO SOLA
MARGARITA ÀLVAREZ BARRIO
HELEN RODRÍGUEZ TREVJANO
MERITXELL QUERALT VINYALS

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8914

Comunicació:
PÒSTER

Eritema palpebral que no millora

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: envermelliment palpebral.

Antecedents: hèrnia discal lumbar sense tractament.

Anamnesi: dona de 54 anys consulta per eritema palpebral bilateral a la regió infraorbitària amb prujia des de fa 2 dies. Nega nous fàrmacs ni canvis en els cosmètics habituals. Sense antecedents d'atòpia ni clínica similar. Tinció de cabell de fa més de 3 setmanes amb el producte habitual.

Antecedent laboral: treballa en una perfumeria des de fa 15 anys.

Exploració física: eritema i descamació palpebral infraorbitària bilateral.

Orientació diagnòstica: èczema de contacte o al·lèrgic vs. dermatomiositis vs. atòpia.

Tractament i evolució: millora amb hidrocortisona, oxitetraciclina i polimixina tòpiques, i hidratació palpebral, amb reparació en tres ocasions quan ho suspèn, en un període de 3 mesos.

Es realitza un estudi analític amb cribratge de patologies autoimmunes i immunoglobulines, sense alteracions.

Es decideix derivar a dermatologia per a proves epicutànies, amb resultat positiu per a cobalt, níquel i metildibromoglutaronitril (MDBG)

Es pautava pimecrolimus crema i es va realitzar canvi en els productes cosmètics habituals que utilitza a nivell facial, amb resolució de la clínica 3 setmanes després.

Discussió: l'MDBG és un producte freqüentment utilitzat com a conservant en productes cosmètics no fabricats a la Unió Europea, on es troba restringit per la facilitat de produir dermatitis de contacte; tanmateix es troba present en cosmètics d'altres orígens. El cobalt s'utilitza freqüentment com a colorant en els maquillatges i les tintures de cabell. En casos d'eritema palpebral i periorbital, cal tenir en compte el diagnòstic diferencial amb l'eritema en heliotrop.

En el cas de la pacient, el canvi del maquillatge i dels productes d'hidratació facial (que no continguessin els productes descrits) va resoldre la clínica. És el principal tractament en aquests pacients: evitar el contacte amb l'al·lèrgen i resoldre la clínica inflamatòria.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

JONATAN VICENTE PINTÓ VIEIRA
POL MASDEU PLANA
SORAYA VENTURA MUÑOZ
MARIA ISABEL LEGAZPI RODRÍGUEZ

Contacte:

jpintov.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8915

Comunicació:

PÒSTER

Obrint camí en l'especialitat de medicina de família en plena pandèmia de SARS-CoV-2. La nostra experiència com a primera generació de residents de l'equip d'atenció primària

Vam començar el setembre de 2020, durant la pandèmia de SARS-CoV-2. Érem els primers residents: dos companys ben decidits i motivats per ser especialistes en medicina familiar i comunitària i obrir nou camí a l'equip.

Recordem ara la situació de pandèmia: mesures restrictives, canvis de protocols constants, atenció no presencial, cancel·lació de cursos i formacions, conèixer tard els companys de l'hospital, canvis en les rotacions hospitalàries, etc.

Poc a poc es va anar resolent la situació de la pandèmia, es va normalitzar la pràctica clínica diària i es van incorporar les activitats formatives presencials. Va ser un primer any excepcional, condicionat i marcat profundament per la pandèmia, però tenim la satisfacció de haver format part d'un equip meravellós que ha fet dels seus residents peces clau en tots els processos.

A partir del segon any de residència es van produir canvis positius a nivell de la nostra formació en tots els aspectes. Les nostres tutores, amb qui hem compartit la major part del temps i admirem com a professionals i com a persones, són les figures clau per a la nostra formació i el nostre futur. Compartim amb elles objectius i afinitats que ens ajuden per al nostre creixement individual i professional.

Trobem a faltar un pla formatiu centralitzat més personalitzat basat en les necessitats i el nivell individual per al progrés professional de cada resident. Les guàrdies són essencials per a la formació del resident, malgrat el desgast que impliquen. Cuidar el professional hauria de ser clau per evitar el *burnout*. Ens agradaria tenir un "espai del resident" al nostre centre i la nostra consulta al costat de la nostra tutora.

Volem millorar les nostres competències en els mesos que ens queden de l'especialitat i somniem a ser membres de l'excel·lent equip humà que ens ha format i que tant estimem.

JÉSSICA SHAROL ÀLVAREZ CARCASI
MIREIA CUADRENCH SOLORZANO
AURORA NAVARRO GÓMEZ

Contacte:

sharol.alvarez@yahoo.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8916

Comunicació:

PÒSTER

Doctor, desde que pasé el covid-19 me ahogo

Àmbit del caso: atención primaria y neumología.

Motivo de consulta: tos crónica de 3 meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes patològics: faringitis crònica. Infecció per coronavirus (enero de 2021 y mayo de 2022). Sin tratamiento farmacològic habitual. Exfumador desde los 20 años (exposició de 17 paquets/año) y enolismo ocasional. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Exploració física: estable hemodinàmicamente, afebril, eupneico en reposo (saturació basal del 96%). Presenta acropaquias. Auscultació cardiovascular normal. Sin edemas ni ingurgitació yugular. Resto de exploració física normal.

Pruebas complementarias: en la radiografía de tórax, patrón intersticial, aumento de la densidad basal y parahiliar, índice cardiotorácico (ICT) límite, senos costofrénicos libres. Tomografía computarizada (TC) de tórax: alteración parcheada de la densidad del parénquima pulmonar, con opacidades en vidrio deslustrado y engrosamiento septal, con patrón de empedrado, asociado con bandas subpleurales de aspecto retráctil y bronquiectasias cilíndricas por tracción. Aislada bulla en el ápex pulmonar derecho. Analítica normal sin alteraciones agudas: hemograma, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, función renal, ionograma, perfil hepático y lipídico, pro péptido natriurético de tipo B (BNP). Espirometría: patrón restrictivo, prueba broncodilatadora negativa. Gasometría arterial basal: normal. Fibrogastroscoopia (2021): normal.

Diagnòstic diferencial de tos crònica: síndrome de goteo nasal posterior, asma, reflujo gastroesofàgic, infecciones cròniques, enfermedades del parénquima pulmonar (fibrosis intersticial difusa, enfisema, sarcoidosis), tumores, fármacos, insuficiencia cardíaca y tos psicògena.

Una vez revisada toda la información (anamnesis, exploració física y pruebas complementarias) descartamos alguna de las causas de tos crònica descritas. Presenta radiografía de tórax patològica que se confirma por TC, por lo que orientamos como posible enfermedad pulmonar intersticial y derivamos al servicio de neumología para completar estudio.

Conclusiones: la tos crònica supone un reto diagnòstico, ya que en algunos casos coexisten varias patologías y en otros no se llega a encontrar la etiología. Este síntoma conlleva un amplio diagnòstico diferencial, en el que es fundamental detectar, sobre todo, los signos de alarma que puedan implicar gravedad o aquellas patologías que puedan beneficiarse de un tratamiento farmacològic específico.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

PETRU CHICU CHICU
NÚRIA PORTELL SESÉN
PABLO JORGE ALCIDES RAMÍREZ CARVAJAL

Contacte:
pchicu.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8917

Comunicació:
PÒSTER

Aprimar-se a costa de la funció renal

Àmbit del cas: serveis d'urgències.

Motiu de consulta: dona de 32 anys que acut a urgències del CAP per vòmits i dolor abdominal de 3 dies d'evolució.

Orientació diagnòstica: gastroenteritis aguda sense febre. Es dona d'alta amb paracetamol i Motilium®. En 5 dies reconulta a urgències hospitalàries per vòmits i dolor lumbar d'1 setmana d'evolució, sense canvis deposicionals ni disúria.

Antecedents personals: abús d'alcohol, que ha anat disminuint; consum ocasional de cocaïna. Natural del Brasil. Medicació habitual: fitoteràpia.

Exploració: pressió arterial de 111/65 mmHg; 75 bpm; saturació d'oxigen del 98%; 36,2 °C. Abdomen tou i depressible, no defensa, dolor a la palpació en meso i hipogastri. Pany percussió lumbar positiva.

Proves complementàries: analítica: urea 51,76 mg/dl, creatinina 3,43 mg/dl, filtrat glomerular 16,86 ml/min, potassi: 3,45 mmol/l, sediment urinari normal. Ecografia renal: ronyó dret amb augment lleuger de mida, amb ecogenicitat en comparació amb l'esquerre. Podria vincular-se a canvis d'edema. Dilatació calicial en grup superior mig, sense èctasi d'urèter, i ronyó esquerre normal. Tomografia computada (TC) abdominal: ronyó augmentat de mida, de densitat globalment disminuïda que podria atribuir-se a edema, inespecífic. Tira reactiva orina: tòxics en orina negatius. Estudi d'autoimmunitat i crioglobulines normal.

Tractament: seroteràpia i tractament simptomàtic amb millora clínica, corticoides 1 mg/kg.

Orientació diagnòstica: insuficiència renal aguda i probable nefropatia immunoal·lèrgica per cua de cavall.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: la nefritis tubulointersticial (NTI) granulomatosa és una entitat rara caracteritzada histològicament per l'infiltrat intersticial i l'acumulació de limfòcits i altres cèl·lules mononuclears en forma de granulomes. S'ha associat amb drogues, infeccions i dipòsits de cristalls, paraproteinèmia, malaltia de Wegener i formes idiopàtiques. Medicació que pot cursar amb NTI granulomatosa: anticonvulsius, antibiòtics, antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), al·lopurinol i diürètics.

Evolució: bona evolució clínica a planta.

Tractament a l'alta: prednisona 30 mg, 2/24 h.

Conclusions: cua de cavall-acció diürètica. En cas de clínica compatible amb insuficiència renal aguda no s'ha d'oblidar l'anamnesi enfocada al tractament no tradicional.

IRIS MONTILLA CRESPO

Contacte:
irismontillac.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8918

Comunicació:
PÒSTER

Herpes zòster: abordatge, signes d'alarma i noves estratègies de prevenció

Àmbit: centre d'atenció primària docent urbà.

Motiu de consulta: lesions cutànies doloroses.

Dona de 47 anys amb antecedents d'obesitat, fumadora, CIN1 i varicel·la a la infància; sense tractament farmacològic.

Consulta a urgències d'atenció primària per lesions cutànies doloroses i pruriginoses localitzades a l'hemicara dreta frontal de 24 hores d'evolució, sense alteració de visió, llagimeig o altres símptomes. En l'exploració física visualitzem vesícules confluints sobre una base eritematosa a la regió frontal, cuir cabellut i parpella superior dreta, respectant la línia mitjana, sense signe de Hutchinson, amb moviment ocular i campimetria correctes. Es realitza test de fluoresceïna sense observar dendrites ni altres alteracions. S'inicia aciclovir per via oral. Després de 48 hores reconulta per edema palpebral ipsilateral associat a dolor i fotofòbia, motiu pel qual es deriva a oftalmologia urgent, servei on descarten les complicacions més freqüents, com són la uveïtis i la queratitis, i afegeixen tractament amb corticoides.

L'herpes zòster és un dels exantemes vírics més freqüents al nostre medi, però pot suscitar dubte en el diagnòstic clínic. El cas presentat és una forma infreqüent de presentació no exempta de perill per l'afectació de branca oftàlmica del trigemí i en la qual la tercera part dels pacients amb absència de signe de Hutchinson poden desenvolupar malaltia ocular.

Hem de valorar altres diagnòstics, sobretot quan hi ha afectació de diversos dermatomes, com herpes simple amb sobreinfecció bacteriana, dermatitis de contacte, impetigen, cel·lulitis, picades o dermatitis herpètica.

El tractament amb antivíric durant les primeres 72 hores d'aparició de lesions es relaciona amb una millora de l'objectiu terapèutic i amb la disminució de la durada de la neuràlgia postherpètica.

En el seguiment presenta millora de les lesions i resolució total del dolor.

Conclusions: considerem que és clau l'abordatge de prevenció primària amb el programa de vacunació d'infants i la detecció activa per seguir les noves recomanacions de vacunació d'adults, majors de 65 anys i del grup de risc d'immunodeprimits.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ALBERTO CARRILLO SOLA
ÁLVARO MORENO NIETO
MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
CARMEN ARTO FERNÁNDEZ
MARIA DEL MAR ARTIGAU ROFES
GEMMA FLORES MATEO

Contacte:
carrillosolamd@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8919

Comunicació:
PÒSTER

Seguimiento de los pacientes con diabetes *mellitus* de tipo 2 tratados con agonistas del receptor del péptido similar al glucagón de tipo 1

Objetivo: analizar el seguimiento de pacientes con diabetes *mellitus* de tipo 2 (DM2) en tratamiento con agonistas del receptor de glucagón similar al péptido de tipo 1 (ar-GLP1).

Método: planteamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo basado en la revisión de historias clínicas de centros de atención primaria y atención hospitalaria de nuestra área. Se han considerado todos aquellos pacientes consecutivos (no aleatorizados) diabéticos que se encontraban en tratamiento con ar-GLP1 en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de agosto de 2021 y el 31 de julio de 2022. Se analizaron múltiples variables sociodemográficas y analíticas en el momento de inicio del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS. El estudio presentó la aprobación del comité de ética del hospital.

Resultados: el estudio consta de un tamaño muestral final de 566 pacientes, el 57,1% hombres, y con una edad media de 62,2 años, con un riesgo cardiovascular "muy alto" en el 66,2%. El peso medio fue de 101 kg (índice de masa corporal [IMC] medio de 36,37 kg/m²) y la hemoglobina glicosilada media fue de 7,9% (desviación estándar de 1,62). A los 6 meses de inicio del tratamiento, el peso medio fue de 93,75 kg y la hemoglobina glicosilada media había disminuido hasta el 6,9%. Fueron pocos los efectos adversos atribuidos al tratamiento con GLP-1, siendo el más frecuente los síntomas gastrointestinales (5,8%).

Conclusiones: al igual que se recoge en las guías, en nuestra muestra se ha demostrado que los ar-GLP1 son fármacos eficaces, seguros y bien tolerados. Pese a ello, el 25,2% no consiguió una reducción de la hemoglobina glicosilada y el 38% habían tenido una reducción del peso inferior al 3%, por lo que probablemente se deberá hacer más hincapié en un seguimiento estrecho que consiga los objetivos deseados para estos pacientes.

ANNA LLENAS MARTÍNEZ
KAREN RODRÍGUEZ PÉREZ
ALBA GUERRERO VILADRICH

Contacte:
allenas.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8927

Comunicació:
PÒSTER

Quan el fàrmac és la clau

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: diarrea.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 57 anys amb hipertensió arterial de llarga evolució en tractament amb olmesartan, hidroclorotiazida i amlodipina. Consulta el dia 9 de juny per dolor abdominal i diarrees d'1 mes d'evolució, sense febre. Ambient epidemiològic negatiu, sense viatges recents ni presa d'antibiòtics. Des de primària se sol·licita una analítica urgent amb hemograma, funció renal i coprocultiu. Només destaca hipopotassèmia (3,29 mmol/l). Després de 3 dies la pacient reconsulta per aparició de vòmits i empitjorament de l'estat general. Tenint en compte els signes clínics de deshidratació i la pèrdua de la via oral, es decideix enviar-la a urgències. La pacient ingressa en dues ocasions a medicina interna amb diagnòstic inicial de celiàquia, i millora dels símptomes durant l'ingrés, però quan torna al domicili la clínica torna a aparèixer. Finalment, en el tercer ingrés a digestiu s'arriba al diagnòstic d'enteropatia per olmesartan.

Judici clínic: enteropatia similar a esprue per olmesartan.

Diagnòstic diferencial: celiàquia, colitis microscòpica, malaltia inflamatòria intestinal i colitis infecciosa.

Identificació de problemes: dificultat per arribar al diagnòstic quan la clínica és deguda a un efecte advers farmacològic.

Tractament i plans d'actuació: se substitueix el tractament antihipertensiu amb un inhibidor de l'enzim conversiu de l'angiotensina (IECA).

Evolució: millora clínica.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

Aprentatge sobre l'efecte secundari d'un antihipertensiu d'ús freqüent.

Importància de realitzar sempre una valoració global del pacient tenint en compte el possible origen farmacològic dels símptomes.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARTA LLORENS MARSAL
DORIS ISABEL CARBAJAL ZAIRA
IVÁN VILLAR BALBOA

Contacte:
marta.llorensmarsal@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8928

Comunicació:
PÒSTER

L'accessibilitat i la longitudinalitat, claus per a un diagnòstic precoç

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: tos crònica.

Història clínica

Antecedents: dona de 80 anys, sense hàbits tòxics, autònoma i amb bona qualitat de vida, amb antecedents patològics d'hipertensió arterial, insuficiència renal crònica, espondiloartrosi i osteoporosi.

Anamnesi: consulta per tos de quatre setmanes d'evolució, amb expectoració no purulenta i febrícula, que actualment ha cedit. Sense dolor toràcic ni clínica de reflux gastroesofàgic, dispnea ni pèrdua de pes. Sense relació amb fàrmacs ni síndrome tòxica.

Exploració física: saturació d'oxigen del 97%, eupneica, amb auscultació cardiorespiratòria compatible amb la normalitat.

Proves complementàries: radiografia de tòrax que presenta un augment de la densitat radiològica en situació paracardíaca-perihilar inferior dreta.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: inicialment, per la clínica presentada i les característiques dubtoses de la imatge, s'orienta com a pneumònia i es decideix cobertura amb antibioteràpia empírica. Se sol·licita informe radiològic i es realitza seguiment evolutiu.

Diagnòstic diferencial (considerant clínica o imatge radiològica): neoplàsia pulmonar primària o metastàsia, hamartoma, granuloma, infeccions amb imatges similars a nòdul pulmonar solitari (actinomicosi, nocardiosi, coccidiomicosi, histoplasmosi...), tuberculosi, vasculitis associades a anticossos antiàntígens citoplasmàtics dels neutròfils (ANCA) que cursen amb imatges nodulars pulmonars.

Evolució: la pacient presenta millora de la tos, però al cap de 3 setmanes inicia un dolor dorsal dret. Se sol·licita radiografia de control i s'observa persistència de l'augment de la densitat radiològica paracardíaca dreta. Per tant, la sospita clínica principal esdevé la neoformació pulmonar.

Plans d'actuació: la pacient ha estat derivada a la unitat de diagnòstic ràpid (UDR) de pneumologia, i actualment es troba pendent de diagnòstic definitiu.

Conclusió

L'atenció primària és l'escenari idoni per al diagnòstic de gran quantitat de patologies (moltes de vital importància) gràcies a l'accessibilitat i la longitudinalitat que li són pròpies, característiques clau que permeten el seguiment i revaloració del pacient i que amb el suport de proves complementàries, poden garantir un diagnòstic precoç i l'activació dels circuits corresponents; sempre mantenint l'acompanyament personal.

MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
MARGARITA ÀLVAREZ BARRIO
HELEN RODRÍGUEZ TREVJANO
MERITXELL QUERALT VINYALS
ALBERTO CARRILLO SOLA
SILVIA SÁNCHEZ RAEGEL

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8931

Comunicació:
PÒSTER

Bradicàrdia: no oblidem els col·liris

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 77 anys asimptomàtic sol·licitat en una visita telefònica amb infermeria una revisió de rutina.

Antecedents d'interès: dislipèmia en tractament amb atorvastatina 40 mg/24 h i glaucoma d'angle obert en tractament amb timolol, 2 gotes a cada ull/24 h.

Anamnesi: se sol·licita electrocardiograma (ECG), analítica de rutina i visita telefònica per a resultats amb metge de família. S'objectiva en l'ECG bradicàrdia sinusal a 40 bpm, no present en ECG previs (últim de gener de 2022), sense altres alteracions destacables.

Orientació diagnòstica: bradicàrdia sinusal secundària a betabloccador ocular.

Evolució: es revisa la història clínica i destaca l'augment de la dosi de timolol per oftalmologia el juliol de 2022, d'1 a 2 gotes per ull; no es va sol·licitar ECG de control.

Es contacta amb el pacient i assenyala que es troba asimptomàtic i fora, de vacances. Se li indica suspendre el fàrmac timolol oftàlmic, com a probable causa de la bradicàrdia com a efecte secundari i contactar amb l'oftalmòleg de referència privat del pacient de forma preferent per a canvi de tractament. S'indica la repetició de l'ECG a la tornada del pacient, al cap de 10 dies i s'expliquen els signes d'alarma.

L'oftalmòleg indica canviar a Monoprost® i es realitza ECG de control amb ritme sinusal a 70 bpm sense incidències.

Discussió: els fàrmacs d'aplicació per via oftàlmica o tòpica també presenten absorció sistèmica en menor o major grau, segons via d'aplicació i extensió, i per tant també cal tenir molt en compte els efectes secundaris, que en moltes ocasions s'infradiagnostiquen. En el cas dels betabloccadors oftàlmics caldria realitzar un control amb ECG periòdic, sobretot en casos d'augment de la dosi.

BRIGITTE BANESSA GALAGARZA TERAN
LUCÍA ISABEL ALVARADO ASTUDILLO
NATALIA LUCÍA LÓPEZ ESCOBAR

Contacte:
bgalagarza.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8932

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, soy celiaca y se me duermen las manos

Mujer de 27 años procedente de Marruecos que reside en España desde hace 2 años. Tiene un hijo de 4 meses. Barrera idiomática. Antecedentes de celiaquía, gastritis crónica por *Helicobacter pylori* (tratamiento erradicador) y anemia por déficit de ácido fólico.

Acude a la consulta de atención primaria porque presenta parestesias de las extremidades superiores e inferiores desde hace 4 meses, tras el nacimiento de su hijo, además de pérdida de peso. En el examen físico destaca un soplo sistólico panfocal. No se palpan masas ni visceromegalias. Sin focalidad neurológica aguda ni meningismo. Nos llama la atención el signo de Chvostek positivo. Signo de Trousseau positivo y acropaquias.

Se solicita analítica urgente con resultado de Ca de 5 mg/dl. Se realiza electrocardiografía en la que destaca el QT largo, por lo que decidimos enviar a la paciente al servicio de urgencias donde es valorada y, tras evidenciar un calcio sérico de 2,6 mg/dl, además de una hipomagnesemia, se inicia pauta correctora con bicarbonato cálcico. Se decide ingreso en UCI para monitorización por alteración de QT. Se realiza una endoscopia alta con signos de úlcera esofágica de 4-5 mm y posible atrofia gástrica. El resultado de la histología es compatible con enfermedad celíaca (Marsh 3b). Tras tratamiento sustitutivo vía parenteral, y luego oral, presenta mejoría y se decide el alta con un diagnóstico de hipocalcemia grave secundaria a déficit severo de vitamina D por malabsorción y baja ingesta, e hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D. Actualmente está en control por digestología y endocrinología para continuar estudio.

Este caso nos hace reflexionar que desde atención primaria, ante la sintomatología presentada por esta paciente, una mujer joven con antecedentes de enfermedad celíaca, debemos sospechar de un síndrome de mala absorción y realizar una analítica completa con iones, vitaminas que normalmente no se solicitan en atención primaria y valorar una electrocardiografía.

MARIA PUIG PRATS
SILVIA RIFA TERRICABRAS

Contacte:
mariapuiqrats@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8934

Comunicació:
PÒSTER

Ara em creus quan et deia que em feien mal les cervicals?

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: cervicàlgia de mesos d'evolució.

Història clínica

Enfocament individual: home de 60 anys que consulta a AP per cervicàlgia atraumàtica lleu, de mesos d'evolució amb dolor de predomini nocturn.

En l'exploració física inicial destaca dolor a la palpació d'apòfisis espinoses i contractura muscular cervical, sense irradiació, i amb força i sensibilitat preservades. Radiografia cervical amb signes d'artrosi mínims.

S'inicia pauta analgèsica que s'escala progressivament en múltiples visites.

Després d'1 mes, reconsulta per persistència de cervicàlgia i ansietat per insomni. Quan se l'interroga, explica dolor a nivell proximal de l'extremitat superior i debilitat generalitzada amb limitació de la vida diària. S'inicien mòrfics i gabapentina.

Davant la manca de millora i la impossibilitat de desplaçar-se al CAP, s'acut al domicili on s'objectiva dificultat per a la marxa, astènia, anorèxia i pèrdua de pes involuntària. Nega febre. Explica sudoració a l'hemicara esquerra.

En l'exploració física s'evidencia disminució de la força contraresistència de l'extremitat superior, amb atrofia muscular de l'extremitat inferior, anisocòria amb pupil·la miòtica dreta i ptosi ipsilateral.

Se sol·licita radiografia cervical i de tòrax, i s'hi observa massa a l'apex pulmonar dret.

Judici clínic: inicialment es planteja el diagnòstic de fibromiàlgia davant de dolors persistents amb un component ansiosodepressiu. Tanmateix, davant de la persistència de la clínica i la revaloració del pacient, que presenta una síndrome tòxica amb una síndrome de Horner, s'orienta com a neoplàsia.

Evolució: davant de les troballes en la radiografia i la síndrome tòxica del pacient, es deriva a urgències per realitzar diagnòstic ràpid.

Conclusions

Aquest cas contempla el valor del diagnòstic clínic a través del seguiment estret des d'AP, que ajuda a desemmascarar la patologia de base. Cal ressaltar la importància d'excloure altres diagnòstics en pacients amb patologia musculoesquelètica cronicada, juntament amb el greuge de col·locar etiquetes psicopsiquiàtriques, i anticipar així diagnòstics d'exclusió, com la fibromiàlgia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

DORIS ISABEL CARBAJAL ZAIRA
IVÁN VILLAR BALBOA
MARTA LLORENS MARSAL

Contacte:
cz.isabel23@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8936

Comunicació:
PÒSTER

La pèrdua de pes involuntària com a signe d'alerta a l'atenció primària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 81 anys que presenta pèrdua de pes i hipoorèxia.

Antecedents familiars: hepatocarcinoma (oncle matern).

Antecedents personals: nega al·lèrgia a medicaments, sense hàbits tòxics. Menarquia als 12 anys i menopausa als 42 anys.

Antecedents patològics: hipertrigliceridèmia, hipotiroidisme, reflux gastroesofàgic, osteopènia i gonartrosi (pròtesi de genoll), apendicectomia.

Tractament: levotiroxina, gemfibrozil i calci/vitamina D.

Anamnesi: pèrdua de pes (4 Kg) en aproximadament 1 mes, hipoorèxia, sense clínica respiratòria, digestiva, genitourinària o neurològica.

Exploració física: pressió arterial de 132/78 mmHg, saturació d'oxigen del 98%, afebril, sense adenopaties. Abdomen sense dolor a la palpació, massa delimitada a l'hemiabdomen esquerre, descompressió negativa, sense signes de peritonisme. Resta sense alteracions.

Exploracions complementàries: analítica: lleu leucocitosi i trombocitosi, sense anèmia, lleu dèficit de vitamina B12, ferritina i àcid fòlic normals; velocitat de sedimentació global (VSG) 51 mm/h; funcions renal, tiroïdal i hepàtica normals. Proteïnograma normal, virus de l'hepatitis B, de la C i d'immunodeficiència humana negatius, sang oculta en femta negativa. Radiografia de tòrax: augment inespecífic de la trama broncopulmonar.

Judici clínic: la pèrdua de pes amb detecció de massa abdominal i elevació de marcadors inflamatoris (VSG i trombocitosi) és criteri per sol·licitar proves complementàries urgents que prioritzin el diagnòstic. Això no sempre és factible a les consultes d'atenció primària (AP), per la qual cosa és necessari derivar a la unitat de diagnòstic ràpid (UDR).

Diagnòstic diferencial: neoplàsia de còlon, gàstrica, d'ovari, renal, metastasi, procés infecciós.

Evolució: UDR realitza tomografia computada (TC) abdominal: carcinomatosi peritoneal amb tumor primari desconegut versus procés neoplàstic primari peritoneal (mesotelioma). En l'analítica s'objectiva elevació d'antígens CA125 i CA19-9. Pendent de confirmar procés neoplàstic primari.

Conclusions: la pèrdua de pes involuntària >5% del pes corporal en un període entre 6-12 mesos, que no és atribuïble a tractament farmacològic ni a malaltia de base coneguda, és una síndrome clínica potencialment greu. L'exploració física pot orientar i facilitar una avaluació més orientada per prioritzar més estudis. En aquest sentit, donada l'eficàcia i l'eficiència de les UDR, no hem de dubtar en una derivació immediata.

MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
MERITXELL QUERALT VINYALS
XAVIER OLIACH ALASA
HELEN RODRÍGUEZ TREVJANO
MARGARITA ÀLVAREZ BARRIO
ALBERTO CARRILLO SOLÀ

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8942

Comunicació:
PÒSTER

Paràlisi facial: causa principal o secundària

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: desviació facial dreta a l'aixecar-se.

Anamnesi: home de 71 anys que consulta a atenció continuada del CAP per limitació de tancament palpebral dret i desviament de la comissura oral al llevar-se fa 2 hores. Nega cap altra simptomatologia.

Antecedents d'interès: artritis reumatoide, hipertensió arterial, cardiopatia isquèmica crònica, hèrnia de hiat, dislipèmia, hipertròfia prostàtica benigna.

Tractament farmacològic crònic: metotrexat, Adiro®, bisoprolol, enalapril, famotidina, hidroclorotiazida, àcid fòlic, simvastatina i tamsulosina.

Exploració física: afebril, normotens, glicèmia correcta. Puntuació de Glasgow: 15. Desviació de la comissura oral dreta i limitació del tancament palpebral dret.

Orientació diagnòstica: paràlisi facial perifèrica.

Evolució: es deriva a urgències hospitalàries per si calen exploracions complementàries; presenta analítica bàsica sense alteracions; s'orienta com a paràlisi de Bell i es remet a neurologia amb corticoteràpia via oral amb pauta descendent progressiva i hidratació ocular. El pacient consulta 6 dies després al metge de família per l'aparició de lesions vesiculars 24 hores abans al pavelló auricular dret, inflamació local, vesícules a la regió infraorbitària i irritació ocular dreta. En l'exploració física s'orienta com a infecció herpètica amb úlcera conjuntival dubtosa, puntiforme en la tinció amb fluoresceïna. No presenta hipoacusia ni tinnitus.

Orientació diagnòstica: síndrome de Ramsay-Hunt en pacient amb paràlisi facial secundària a virus de l'herpes.

Evolució: s'inicia valaciclovir via oral, aciclovir oftalmològic i analgèsia, i es remet com a preferent a oftalmologia. El valoren en 48 hores i es descarta úlcera herpètica. En una nova analítica no immunosupressió, serologies dels virus de l'hepatitis B, de la C i d'immunodeficiència humana negatives. L'evolució clínica és satisfactòria, amb rehabilitació actualment per a la millora de la clínica de paràlisi facial residual.

Discussió: la clínica cutània per infecció per herpes zòster, en moltes ocasions no és el primer símptoma. La síndrome de Ramsay-Hunt és causada per la infecció òtica per l'herpes i acostuma a presentar-se, alhora, la clínica cutània i neurològica. En el metotrexat es descriu l'herpes zòster com un efecte secundari poc freqüent.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

CAROLINA ALLEGRA WAGNER
LAILA FATIMA ALJENDE MEDINA
AURORA ROVIRA FONTANALS
JUDIT MAURI JULIACHS

Contacte:
wagner.carolina.allegra@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8943

Comunicació:
PÒSTER

Què hem après les professionals d'atenció primària (AP) d'acompanyar un grup intergeneracional de dones amb malestar emocional?

Objectius: acompanyar un grup intergeneracional de dones amb malestar emocional, des de la perspectiva de gènere. Treballar de forma multidisciplinària amb la referent de benestar emocional (RBEC). Adquirir eines per facilitar un grup.

Descripció: es convoquen 14 dones i 10 finalitzen. En total, 10 sessions de 90 minuts, estructurades entorn d'una temàtica específica: emocions, necessitats, culpa, vinculació afectiva, relació amb el cos, autocura i propostes de canvi.

Espai: biblioteca del barri.

Particularitats: grup no mixt: reflexions indirectes sobre el gènere, confiança i suport.

Intergeneracional: escoltar diversos moments vitals, possibilitat d'emmirallar-se en diferents rols (p. ex., mares/filles).

Grup: suport entre iguals, ser persona que cuida i que és cuidada al mateix temps.

Preparació i conducció multidisciplinària: RBEC, metgessa de família i resident de medicina familiar i comunitària. Anàlisi i reflexió qualitativa sobre l'experiència del grup després de cada sessió. Avaluació quantitativa amb el qüestionari CORE.

Conclusions: l'experiència ha estat molt valuosa i ens ha donat l'oportunitat de sortir de la relació metgessa-pacient i reconèixer els propis recursos de les dones per afrontar el malestar. Reiterar la importància del gènere en els malestors de les dones. Experimentar el caràcter rehabilitador que té la connexió social per si mateixa, i el grup per aprendre d'iguals i amb iguals. Desmedicalitzar la nostra mirada, evidenciar la interdependència entre cos, ment i situació social. Valorar el treball en equip multidisciplinari. Observar i practicar eines de facilitació de grups per perdre la por al treball grupal.

Aplicabilitat: el treball multidisciplinari amb grups de dones amb enfocament comunitari és una eina per a les professionals de l'atenció primària que, a més dels beneficis per a les participants, renova la nostra mirada sobre el malestar emocional i la capacitat d'acció de les dones que atenem.

MAR LLOBET ESTEBAN
NÚRIA MORLANS SÁNCHEZ
IMMACULADA FROU LLENAS

Contacte:
mar.llobet@outlook.es

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8944

Comunicació:
PÒSTER

Més enllà de la cefalea: la necessitat d'un enfocament integral

Àmbit: atenció primària.

Dona de 53 anys que consulta per cefalea de dies d'evolució sense signes d'alarma.

Antecedents personals: virus de la immunodeficiència humana amb càrrega viral indetectable i dislipèmia en tractament farmacològic.

Anamnesi: explica una cefalea de característiques tensionals sense signes d'alarma. Presenta tomografia computada (TC) del 2009 normal. Se li ha prescrit analgèsia i la cefalea persisteix, per tant s'acaba sol·licitant una ressonància magnètica (RM) cerebral. En l'exploració física no s'observa focalitat neurològica. Es revisa la història clínica i s'objectiva que es tracta d'una pacient hiperfreqüentadora: l'últim any ha consultat en múltiples ocasions per simptomatologia neurològica. Ha referit síncope, pèrdua del control dels esfínters, convulsions, dificultat per a la marxa i disestèsies.

Diagnòstic diferencial: epilèpsia, hidrocefàlia normotensiva, accidents vasculars, hipocondria...

Evolució: s'explora l'àmbit personal de la pacient. Explica que no està passant un bon moment, que se sent desbordada sense ser conscient de tenir cap problema. S'indaga en el seu passat i les relacions que ha tingut al llarg de la vida. Finalment explica haver estat víctima d'abusos sexuals en la infància i víctima de violència psicològica, física i sexual en les dues últimes relacions que ha tingut.

Es realitza RM cerebral que mostra petites lesions hipòxiques a la substància blanca. Es revisa la bibliografia i trobem casos de dones que han patit asfíxies amb aquest tipus de lesions cerebrals. Es diagnostica de trastorn conversiu.

Tractament: es proporciona suport i s'ofereixen els recursos disponibles. La pacient accepta teràpia psicològica i entra a teràpies grupals.

Conclusió: el cas presentat destaca la importància de realitzar un abordatge integral i la necessitat de considerar els factors psicosocials en l'avaluació dels símptomes físics. S'ha de tenir present que el 94% de les dones víctimes de maltractaments acudeixen a les nostres consultes, però passen entre 5 i 10 anys abans de detectar-se la situació. S'han detectat lesions hipòxiques en pacients que han estat víctimes d'asfíxies durant llargs períodes de temps.

IRIS MONTILLA CRESPO

Contacte:

irismontillac.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8946

Comunicació:

PÒSTER

Litiasi biliar: ecografia clínica en atenció primària

Àmbit: centre d'atenció primària docent urbà.

Motiu consulta: dolor abdominal durant 2 dies.

Home de 17 anys nascut a Catalunya, de mare boliviana, amb colecistectomia per litiasi. Nega tòxics o fàrmacs. En seguiment per trastorn de l'aprenentatge i alteració de la conducta alimentària, amb pèrdua de 8 kg l'any 2019. Després presenta reiterades consultes a urgències per dolor abdominal, amb anàlisi de sang normal i cribratge negatiu per a paràsits, *Helicobacter pylori* i immunoglobulina (Ig) A antitransglutaminasa. Seguiment per digestiu el 2020 amb alta per asimptomàtic.

Consulta per dolor còlic a l'hipocondri dret des de fa 2 dies, amb nàusees i mala tolerància del dolor. Refereix que fa 2 mesos que presenta episodis setmanals que progressen a diaris, que empitjoren postprandialment, amb dieta baixa en greixos i no presenta febre o altres símptomes. Valorat a urgències hospitalàries fa 2 dies. Hi destaca alanina aminotransferasa (ALT) 114 U/l, la resta de l'anàlisi de sang és normal.

En l'exploració, peristaltisme conservat, sense masses ni megàlies, Murphy positiu. Epigàstri-hipocondri dret dolorós a la palpació, sense defensa, puny percussió bilateral negativa. Realitzem ecografia. S'hi visualitzen múltiples litiasis biliars. Donada l'absència de signes d'alarma i el control del dolor pactem una pauta d'analgèsia, analítica urgent, derivació a l'especialista i signes d'alarma. Després de 3 dies reconsulta a urgències per mal control del dolor. Realitzen tomografia computada abdominal: discreta èctasi intrahepàtica i dilatació de colèdoc intrapancreàtic; pàncrees augmentat amb bandes de líquid al voltant, i colangio ressonància magnètica sense evidenciar imatges de coledocolitiasi, amb bufeta biliar normodistesa, amb paret fina plena de càlculs. Programem colecistectomia ambulatoria.

El diagnòstic de litiasi biliar es duu a terme mitjançant l'ecografia abdominal. Com a possibles diagnòstics hauríem de valorar: apendicitis, abscess hepàtic, pielonefritis o litiasi renal, úlcera pèptica, colangitis o colecistitis acalculosa.

Conclusions: cal potenciar l'ús de l'ecografia clínica a les consultes d'atenció primària com a recurs per prendre decisions que milloren l'eficàcia i l'eficiència del procés assistencial; i no hem d'oblidar-nos mai de descartar organicitat abans d'assumir una patologia de salut mental: evitem l'estigmatització.

MERCÈ GIL BOFILL

NÚRIA BUSQUETS VALLBONA

MISSIA TORRADO BLASCO

Contacte:

mercegil4@gmail.com

Número de registre:

XXIXCAMFiC_8947

Comunicació:

PÒSTER

Acompanyant al final de la vida

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: patiment vital.

Història clínica

Enfocament individual: home de 78 anys amb antecedents de melanoma en estadi I el 2012, que el 2021 presenta recaiguda amb metàstasis cerebrals, mediastíniques i pulmonars. Realitza quimioteràpia sistèmica i radioteràpia holocraneal, però malgrat la teràpia rebuda s'objectiva progressió de la malaltia predominantment a nivell cerebral. La malaltia assolix un estadi incurable amb pronòstic de vida limitat. S'ofereix quimioteràpia paliativa, que el pacient desestima perquè presenta una inestabilitat cefàlica que impossibilita qualsevol mobilització amb o sense ajuda. El pacient conserva la funció cognitiva i és coneixedor que la previsió és una progressió simptomàtica amb limitació gradual de les seves activitats, i un probable empitjorament cognitiu. Ens sol·licita ajuda per morir i expressa desig de limitar així el patiment que suposa viure la fase terminal de la malaltia.

Enfocament familiar i comunitari: viu en un domicili amb la seva esposa i té dos fills. Sense dificultats econòmiques ni socials.

Judici clínic: melanoma amb metàstasis en fase terminal que condiciona un patiment vital greu.

Tractament i plans d'actuació: s'inicia el procés de sol·licitud, deliberació i valoració de la prestació d'ajuda per morir.

Evolució: el cas es troba pendent de la resolució de la Comissió de Garantia i Avaluació.

Conclusions: la medicina familiar és una especialitat que abasta totes les fases vitals d'una persona. Tenim un lloc fonamental en l'acompanyament al malalt al final de la vida. En aquest context, sol·licitar la prestació de l'ajuda per morir és un dret dels pacients quan se'n compleixen els requisits. Una demanda d'aquestes característiques suposa un repte per la seva excepcionalitat i alta complexitat, pel que és imprescindible treballar en equip i disposar del temps necessari per valorar-la i gestionar-la.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

NINA PONS BORONAT
ARIADNA RUIZ FRANCO
SÍLVIA RIFA TERRICABRAS

Contacte:
ninapobo@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8948

Comunicació:
PÒSTER

Parlem de sexualitat? Una mirada feminista de la salut sexual

Objectius de l'experiència: fomentar la perspectiva holística i de gènere en l'abordatge de la salut sexual a la consulta de primària.

Generar recursos divulgatius sobre sexualitat femenina saludable aptes per a la població general.

Impulsar l'acompanyament a la consulta de la dona pel que fa a sexualitat saludable i segura.

Incentivar la sensibilització dels professionals sanitaris per fer front al biaix de gènere en la promoció de la salut sexual de les dones.

Descripció de l'experiència: davant de la necessitat de sensibilitzar el professional sanitari, cal divulgar informació rigorosa i vàlida sobre la sexualitat femenina i incidir en el biaix de gènere del sistema sanitari. Proposem l'elaboració d'un nou full informatiu per a pacients de la CAMFiC enfocat a tractar la sexualitat des d'una perspectiva feminista que situï la llibertat, l'autonomia, el respecte i el plaer al centre. Aquest document, que seria de fàcil accés per a les pacients, fomentaria l'empoderament de la dona amb la pròpia sexualitat per tal de conscienciar sobre els seus drets sexuals i promoure hàbits sexuals saludables i segurs des d'edats primerenques.

Conclusions i aplicabilitat: en conclusió, el gènere és un determinant de la salut que també afecta l'abordatge de la sexualitat femenina a la consulta de primària. Majoritàriament, l'assistència sanitària s'enfoca en la salut reproductiva. Anecdòticament es treballa la salut sexual des d'un punt de vista integral i holístic. Aquest full es podria facilitar a les pacients que realitzessin una consulta en relació amb la seva sexualitat o bé quan es considerés pertinent abordar el tema. El paper dels metges i metgesses, i infermeria de família seria transmetre aquesta informació i oferir acompanyament i assessorament, i fer-ho des de la primera visita de les dones adolescents a la consulta d'adults permetria crear un entorn de confiança per a consultes posteriors.

BERTA NOVEL OLIVÉ
NÚRIA LÓPEZ BATET
JULIA BOERO
SANDRA PAREDES GARCÍA

Contacte:
bnovel@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8949

Comunicació:
PÒSTER

La importància de l'exploració física en la valoració del dolor abdominal

Pacient de 54 anys que consulta al centre d'atenció primària per dolor abdominal.

Antecedents patològics: trastorn obsessiu compulsiu, trastorn límit de la personalitat i cirurgia bariàtrica fa 13 anys (obesitat mòrbida).

Anamnesi: realitza consulta telefònica per dolor abdominal difús intens de 3 dies d'evolució. Havia estat valorat a urgències hospitalàries el dia anterior. S'orientà com a gastroenteritis aguda. El pacient negava febre i referia nàusees, amb moltes dificultats per al vòmit. Absència de deposicions en 3 dies quan el seu ritme deposicional era de tendència a la diarrea.

Es decideix valoració al domicili.

Exploració física al domicili: pressió arterial de 112/68 mmHg, 74 bpm, saturació d'oxigen del 98%. Auscultació cardiorespiratòria normal, abdomen clarament distès, especialment a l'epigàstri i el mesogàstri, dolorós a la palpació superficial i sobretot profunda, amb descompressió positiva difusa, peristaltisme present amb sorolls metàl·lics.

S'orienta com a probable suboclusió intestinal en pacient amb antecedent de cirurgia bariàtrica prèvia. Es decideix trasllat a urgències hospitalàries per a revaloració.

A urgències es realitza anàlítica que mostra anèmia microcítica hipocroma sense elevació de reactants de fase aguda i funcions renal i hepàtica preservades. Es realitza radiografia d'abdomen en bipedestació, que mostra abundants nivells hidroaeris i important distensió del budell. Es realitza tomografia computada abdominal que confirma els signes de distensió de budell prim amb edema de paret, sense causa obstructiva evident.

Es confirma la suboclusió intestinal i ingressen el pacient per a seroteràpia, dieta absoluta, tractament antiemètic i analgesia.

El dolor abdominal agut és un símptoma freqüent a les consultes d'atenció primària.

Per arribar a una orientació diagnòstica correcta és indispensable, més enllà de l'anamnesi, una exhaustiva exploració abdominal buscant signes de distensió, d'irritació peritoneal i la valoració del peristaltisme. L'antecedent de cirurgia abdominal ens ha de fer pensar en la possibilitat d'una suboclusió intestinal per brides.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ZULEMA MARTÍ I OLTRA
MARIA ÀNGELES USERO MARTÍNEZ
ALBA MARTÍNEZ I SATORRES
LORENA DíEZ GARCÍA
FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEGURA
PERE VIVÓ TRISTANTE

Contacte:
zuletska@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8950

Comunicació:
PÒSTER

Resultats sobre un projecte de millora en la gestió d'interconsultes dermatològiques a un centre d'atenció primària

Material i mètodes: es presenten resultats parcials d'un projecte de millora en la gestió d'interconsultes dermatològiques a un CAP, després de 9 sessions de formació en dermatologia.

Durada de la formació: 10 mesos.

Objectiu: millorar la resolució d'interconsultes dermatològiques amb la referent del CAP; millorar i disminuir derivacions a dermatologia de zona, i oferir al pacient millor servei.

Preintervenció: enquesta de percepció de coneixements i test objectiu a cadascuna de les entitats més freqüents de dermatologia a atenció primària.

Intervenció: sessió formativa cada 5 setmanes.

Postintervenció: mateixa enquesta de percepció de coneixements i test de casos clínics.

Anàlisi de millora quantitativa i qualitativa de derivacions a dermatologia.

Resultats: nombre de participants: 29. Percentatge d'assistència: 48%.

Comparació de l'enquesta de percepció de coneixements en dermatologia; puntuació de 0 a 5 (0 = percepció nul·la, 5 = excel·lent). Precontestada per 19 persones, post per 20.

Percentatge de millora de la percepció: acne i rosàcia 14%, lupus eritematosus discoide (LED) agut 15%, LED crònic 15%, urticària 10%, infeccions de transmissió sexual 22,5%, fotoprotecció, càncer de pell i dermatoscòpia 15,83%, pèl i ungles 15,83%, micosis cutànies, picades i sarna 15,83%, malalties infeccioses amb afectació dermatològica 20%.

Comparació del test: 29 preguntes, 5 respostes, 1 correcta.

Precontestat per 20 persones amb superació del 59,52%. Postcontestat per 19, amb superació del 67,05%: millora del 7,53%. Preintervenció 4 <50%, postintervenció 2 <50%.

Millors resultats en els temes l'assistència en els quals va ser més alta.

Avaluació de la qualitat i quantitat de derivacions (criteris consensuats amb cap de dermatologia de zona; en procés).

Conclusions: els coneixements dels metges en un CAP per poder oferir millor assistència al pacient són millorables. Menor percepció de coneixements de la realitat, fet que influeix en la presa de decisions. Detecció de la necessitat formativa en qualsevol subespecialitat i necessitat d'augmentar l'assistència a les sessions formatives.

CEI que ha autoritzat l'estudi i el codi de protocol: IDIAP J GOL CEIm: 21/196-P.

LAIA GENÉ HUGUET
MARIA JOSÉ HERNÁNDEZ ÁGUILA
MARIA ELENA TAVERNA LLAURADÓ
FRANCESC ULLDEMOLINS MARTINELL

Contacte:
llgene.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8953

Comunicació:
PÒSTER

Juguem?

Objectiu: definir l'adherència dels infants de 6 a 12 anys al joc com a vector d'aprenentatge i coneixement de conceptes i tècniques de primers auxilis.

Material i mètodes: estudi experimental, dissenyat en un centre d'atenció primària i realitzat a la comunitat escolar.

Criteris de selecció: infants escolaritzats de 1r a 6è curs d'educació primària d'un municipi rural. S'inclouen 113 infants de 6 a 12 anys, 104 finalitzen l'estudi. El grup d'intervenció (GI) va assistir al joc d'escales i serps sobre primers auxilis, guiat per una metgessa de família i una infermera, que es realitzava en el seu municipi en un acte lúdic popular. El grup de control (GC) no va participar en aquesta activitat de joc comunitària. Enquesta sobre primers auxilis requerint resposta tipus test de 9 preguntes, a tots els infants de l'escola del municipi on es realitzava l'activitat. Al cap de 2 mesos de la intervenció, es va repetir l'enquesta, especificant si van assistir o no al joc. Pèrdues: 9 participants per no respondre.

Limitacions: l'enquesta va ser administrada des de la comunitat educativa, sense poder respondre preguntes dels infants a través dels professionals sanitaris. Anàlisi estadística amb Microsoft Excel.

Resultats: es valoraren 104 participants (92%), amb una mitjana d'edat de 9 anys. Les enquestes prèvies a la intervenció van obtenir un 46,51% de respostes correctes sobre les 9 preguntes formulades de primers auxilis. El GI, 2 mesos després, va obtenir un 75,56% de respostes correctes en la mateixa enquesta, mentre que el GC només va obtenir un 51,26% ($p = 0,007$).

Conclusions: el joc com a vector d'aprenentatge i coneixement de conceptes i tècniques de primers auxilis és un mitjà comunitari eficaç per als infants d'escolarització primària.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

GEMMA JORBA PALOMAS
ANNA LLENAS MARTÍNEZ
ALBA CUBERAS MAS

Contacte:
ud.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8954

Comunicació:
PÒSTER

La importància de la prevenció i promoció de la salut: el valor de la medicina de família aplicat a un cas clínic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: primera visita.

Història clínica

Enfocament individual: home de 37 anys, natural d'Amèrica Llatina, amb antecedents d'obesitat i hipotiroidisme, en tractament substitutiu. Consulta al CAP per realitzar la primera visita amb la metgessa d'atenció primària. Es realitza el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) i es diagnostica, per les xifres de tensió arterial alterades, d'hipertensió arterial (HTA). Posteriorment i, seguint el protocol d'HTA, es realitza ecocardiografia (ECG) en què presenta alts voltatges.

Amb aquestes troballes es realitza una anamnesi de forma més dirigida. El pacient refereix un quadre de dolor precordial opressiu de 5 mesos d'evolució desencadenat als grans esforços, mai en repòs o en pla, i que cedeix quan s'atura. No s'acompanya de vegetatisme o d'altra clínica.

Per tots aquests motius, el pacient és derivat a cardiologia per completar l'estudi. Es realitza una ecocardiografia que descriu la presència d'una miocardiopatia hipertròfica no obstructiva.

Judici clínic: miocardiopatia hipertròfica no obstructiva.

Diagnòstic diferencial: HTA, miocardiopatia, *angor*.

Identificació de problemes: la prevenció i promoció de salut en pacients amb factors de risc.

Tractament i plans d'actuació: un cop realitzat el diagnòstic es va iniciar tractament amb Adiro® 100 mg 0-1-0, atenolol 50 mg 1-0-0, lisinopril 0,5-0-0.

Evolució: millora clínica amb el tractament i estabilitat de la miocardiopatia hipertròfica.

Conclusions (i aplicabilitat a la medicina de família)

Importància de la prevenció i promoció de la salut, i del seguiment del protocol de factors de risc cardiovascular.

Importància del nostre rol com a metges i metgesses de família en la prevenció primària per prevenir la malaltia cardiovascular.

JANA ORTIZ CIRUELA
DANIEL MOLL CASAMITJANA
BERNAT DE PABLO MARQUEZ

Contacte:
janaortizciruela@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8955

Comunicació:
PÒSTER

Cel·lulitis facial

Àmbit del cas: urgències.

Motiu de consulta: dolor facial.

Història clínica

Home de 43 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents rellevants que acut a urgències hospitalàries per quadre d'inflamació i dolor facial de 3 dies d'evolució, inicialment associat a febrícula, que ha anat en augment fins als 38,5 °C, amb baixa resposta als antipirètics. No refereix nàusees, vòmits ni cap altra simptomatologia concomitant. Refereix lleu pèrdua de la gana, associada al dolor a la mobilització de la galta. Nega manipulació dental i viatges recents.

En l'exploració física destaca edema facial dret al territori del nervi trigemín V2-V3, que en les darreres hores s'estén fins a la parpella inferior i la base mandibular homolateral, sense adenopaties palpables.

Es realitza analítica. Destaca elevació de reactants de fase aguda sense alteracions a la bioquímica, l'hemograma, de la funció renal ni de la coagulació. Es va sol·licitar tomografia computada (TC) cranial que va mostrar imatges compatibles amb cel·lulitis hemifacial dreta sense identificar-se col·leccions suggestives d'abscessos.

Evolució: s'ingressa el pacient per rebre antibioticoteràpia amb favorable evolució clínica, remissió de la febre i regressió de la cel·lulitis, per la qual cosa és donat d'alta a domicili a les 48 hores.

Conclusió

La cel·lulitis és una patologia que es pot abordar des d'atenció primària si es reconeix a temps. El tractament antibiòtic està indicat en pacients immunodeprimits, amb febre o amb tumefacció intraoral. Quan apareixen signes d'alarma (ràpidament progressiva, febre alta, dificultat respiratòria, deglutòria, o en immunodeprimits) és convenient la derivació hospitalària per al maneig estret.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ÍNGRID SANJUÁN SAMPIETRO
CLARA NIELL ESPACHS
ANNA CORRAL

Contacte:
issampietro.6@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8956

Comunicació:
PÒSTER

Pacient complex en situació de sensellarisme

Àmbit del cas: atenció primària i serveis d'urgències.

Motiu de consulta: home de 44 anys que és traslladat involuntàriament al servei d'urgències per possible descompensació de la seva malaltia de base (esquizofrènia paranoide crònica).

Història clínica

Pacient en situació de sensellarisme, fumador i amb consum d'alcohol, cànnabis, cocaïna i amfetamines. Arriba a urgències amb quadre d'hipotensió, taquicàrdia, taquipnea i treball respiratori, febre i dessaturació fins al 89%. En l'exploració destaquen roncs dispersos i buf pansistòlic. Se sol·liciten proves complementàries i analíticament presenta elevació de reactants de fase aguda, anèmia i limfopènia, amb serologies negatives. En la radiografia de tòrax presenta patró nodular difús en tot l'hemitòrax esquerre i a la meitat superior d'hemitòrax dret, així com una imatge cavitada (probable caverna) en l'àpex dret.

El pacient ingressa a la UCI donada la necessitat d'oxigenoteràpia i és aïllat davant la sospita de tuberculosi bacil·lífera. S'inicia tractament antibiòtic i el diagnòstic es confirma després amb tomografia computada (TC) toràcica, motiu pel qual s'inicia tractament amb tuberculostàtics. De forma concomitant presentava pneumònia per pneumococ determinat per antigenúria.

El pacient va evolucionar favorablement i va ser donat d'alta, amb seguiment per part del seu equip d'atenció primària i el servei de medicina interna. Des de l'episodi, el pacient ha presentat múltiples infeccions bacterianes que juntament amb el seu context social han comportat la necessitat d'ingrés hospitalari.

Conclusions

La situació socioeconòmica del pacient suposa dificultats en l'evolució de la malaltia, per la qual cosa un bon control per part del seu equip d'atenció primària és imprescindible i diferencial per garantir la seva evolució correcta i completar, si cal, l'estudi de contactes i assegurar una correcta coordinació entre atenció hospitalària, treball social, metges i metgesses i infermeria d'atenció primària.

MIREIA ESCRICH CLIMENT
ROSA RIPOLLÉS VICENTE
ANNA PANISELLO TAFALLA

Contacte:
escrichmireia@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8957

Comunicació:
PÒSTER

Cas clínic. Leishmaniosi cutània

Motiu de consulta: home de 45 anys que acudeix per aparició de nòdul en el dors de la mà esquerra, de setmanes d'evolució. Pacient sense antecedents d'interès.

En l'exploració, lesió violàcia sobre-elevada, indurada a la palpació, no fluctuant i amb augment local de la temperatura. Inicialment pensem que es tracta d'un quist o furúncol sobreinfectat, pel que pautem neteja, cures diàries, cloxacil·lina tòpica i control per infermeria.

Per la persistència de la lesió, se'n fa biòpsia, que mostra PCR positiva per a *Leishmania* cutània. Posteriorment es confirma amb analítica sanguínia amb immunoglobulina (Ig) G + IgM positives per a *Leishmania*.

Amb diagnòstic de leishmaniosi cutània es contacta amb dermatologia, que recomana tractament amb corticoides orals + itraconazole 50 mg/12 h per via oral i revalorar. Passats 2 mesos, no millora de la lesió i es decideix tractar amb injeccions intralesionals d'antimoniato de meglumina cada 10 dies (2-3 cops).

Al cap de 10 dies de la 1a injecció s'aprecia aplanament de la lesió un 80%, amb crosta central i color rogenc residual. El pacient consulta pocs dies després de la 2a injecció per quadre de febre, malestar general i artràlgies. Es tracta de símptomes sistèmics contemplats dins de les reaccions adverses a medicaments del tractament amb antimonials. Pautem antitèrmics per a control simptomàtic.

Actualment el pacient es troba pendent de valorar per a l'administració de la 3a dosi d'antimonials, amb la lesió quasi resolta.

Conclusions: la leishmaniosi cutània apareix a la zona de la picada del mosquit portador d'amastigots. El Mediterrani n'és zona endèmica, sent els principals reservoris els gossos i rosegadors (conills). És important tenir present aquesta possibilitat enfront de nòduls cutanis a les zones exposades a picades d'insectes (mans, cames i cara) que no evolucionen correctament amb el tractament local.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARIA CASAS CLARAMUNT
LAURA TURÓ PERE
LAURA CARDONA PASCUAL

Contacte:
macasas.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8958

Comunicació:
ORAL

Què pot amagar-se darrere les infeccions respiratòries de repetició?

Àmbit del cas: atenció primària.

Història clínica

Dona de 52 anys amb infeccions respiratòries de repetició.

Antecedents patològics de factors de risc cardiovascular, síndrome ansiosodepressiva, herpes zòster i infeccions respiratòries de repetició, a destacar pneumònia al lòbul inferior dret el 2019, que va necessitar cures intensives.

Davant d'un segon episodi de pneumònia (per microorganisme desconegut) es realitza estudi amb tomografia computada (TC) toràcica que mostra lesions parenquimatoses residuals. Anàlítica amb hipogammaglobulinèmia (0,2 g/dl), dèficit d'immunoglobulina (Ig) G (1,3 g/l), dèficit d'IgM (0,06 g/l) i dèficit d'IgA (<0,05 g/l). Estudi d'autoimmunitat negatiu.

Amb la sospita d'immunodeficiència derivem a medicina interna, on s'orienta d'immunodeficiència comuna variable (ICV).

Actualitzem l'estat vacunal prèviament a l'inici del tractament substituint amb immunoglobulines endovenoses (400 mg/kg/28 dies). Presenta mala tolerància al tractament, per la qual cosa es canvia a immunoglobulines subcutànies (6 g/setmana).

A l'inici del tractament es detecta infecció tuberculosa latent (ITL), per a la qual s'inicia tractament. Presenta un nou procés pneumònic (*Haemophilus influenzae* i covid-19) amb insuficiència respiratòria aguda que requereix ingrés.

Seguiment evolutiu amb resposta insuficient al tractament amb immunoglobulines, per la qual cosa s'augmenta la dosi a 8 g/setmana. Pendent d'evolució.

Conclusions i aplicabilitat

La ICV es caracteritza per una producció anormalment baixa d'immunoglobulines. El seu diagnòstic és d'exclusió amb altres malalties que predisposen a infeccions respiratòries, com la fibrosi quística i anomalies anatòmiques, i amb altres immunodeficiències primàries. Cal plantejar-se'l en pacients amb infeccions bacterianes de repetició, especialment respiratòries i digestives. Les malalties autoimmunes i els càncers també són més freqüents en les persones amb ICV. L'edat mitjana d'inici dels símptomes és als 28 anys en dones i als 23 anys en homes. La demora del diagnòstic pot produir aparició de bronquièctasi, insuficiència respiratòria crònica i infeccions més greus.

La pacient ha expressat el seu consentiment oral per a la presentació del cas clínic.

FRANY LÓPEZ MOGROVEJO
CARMEN IOANA JARCA CIUCOS
CRISTINA MARIA GARCÍA RIPOLLÉS

Contacte:
flopez.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8959

Comunicació:
ORAL

Totes les lumbàlgies són simplement lumbàlgies?

Home de 56 anys, jardiner, que consulta per dolor lumbar.

Antecedents rellevants: dislipèmia, esteatosi hepàtica, lumbàlgia crònica i rinitis al·lèrgica.

Tractament crònic: antihistamínic.

Vacunació correcta, incloses dues dosis de vacuna per a SARS-CoV-2 (maig i juny 2021).

L'octubre de 2021 consulta per lumbàlgia persistent i sense resposta a antiinflamatoris, només a corticoides. El desembre 2021 inicia clínica de tremolors asíncrons i multifocals de diversos grups musculars de les extremitats inferiors, de predomini dret, urgència urinària, alteracions sensitives i cefalea.

Exploració física: destaquen atàxia i areflèxia, i la resta és normal. Valorat per diversos professionals, amb proves no conclouents. Progressivament perd pes, inicia deteriorament generalitzat progressiu, atròfia muscular i deambula en cadira de rodes. Inicia baixa mèdica.

Octubre 2022: Reinterrogant, refereix diplopia després de la darrera vacuna per a SARS-CoV-2 i es realitza nou estudi: negatiu. Reumatologia descarta afectació sistèmica. Revalorat per neurologia se sospita malaltia neurodegenerativa.

Enfocament familiar i comunitari: ansietat, preocupació pel futur laboral i el manteniment de la família. Camina amb bastó. L'empresa l'acomia i ha de canviar de domicili.

Judici clínic, identificació de problemes: valorat per tres metges de família diferents en 1 any. Demores en les visites d'especialistes. Falta d'unitat específica d'avaluació multidisciplinària.

Diagnòstic diferencial: botulisme, miastènia, poliomièlitis, neuropatia tòxica, porfiries, diftèria, síndrome sensitiu pur i altres malalties minoritàries.

Tractament: d'alta complexitat amb enfocament biopsicosocial.

Plans d'actuació: sospitem síndrome de Miller-Fisher (diplopia, atàxia i areflèxia). S'associa amb infeccions respiratòries o digestives.

Evolució i pronòstic: bo, normalment quasi complet als 6 mesos des de l'inici dels símptomes, alguns amb efectes residuals, menys de 3% de recurrències. Encara persisteix clínica residual.

A dia d'avui no es pot dir amb certesa que hi ha una relació causal entre la vacuna per a SARS-CoV-2 i la síndrome de Miller-Fisher, potser es podria considerar una reacció adversa. És important fer un diagnòstic precoç per iniciar un tractament adient ben aviat.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ANNA GARCIA MARGINEDAS
ELISABET MARTORELL SOLÉ
EUGÈNIA GARCIA-CAMPOMANES BERDIÉ

Contacte:
anna.marginedas@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8960

Comunicació:
PÒSTER

Nova e-consulta: “Doctora, fa 2 setmanes que cago sang”

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: rectorràgia.

Història clínica

Pacient de 22 anys que viu amb la seva mare, parella respectiva i la seva germana, sense al·lèrgies medicamentoses i antecedents de síndrome ansiosodepressiva, amb un intent autolític per sobreingesta medicamentosa l'últim any. És una pacient que fa un seguiment molt irregular amb episodis d'aïllament domiciliari. En seguiment al CAP per episodi de diarrea aguda que esdevé crònica, inicialment sense productes patològics. Reconsulta per via telemàtica perquè des de fa 2 setmanes presenta rectorràgies.

Citem presencialment per a exploració: bon estat general, abdomen i tacte rectal sense troballes significatives. S'havia ja sol·licitat estudi analític i en femta, que presenta ferropènia, lleu leucocitosi, perfil hepàtic sense alteracions, transglutaminasa negativa, test de sang oculta en femta positiu i coprocultiu i paràsits negatius. S'inicia feroteràpia oral i se sol·licita colonoscòpia preferent.

Revisant la història clínica observem que havia presentat un episodi similar el 2021 pel qual s'havia sol·licitat estudi endoscòpic amb mucosa friable des de 10 cm del marge anal, amb anatomia patològica no conclouent. Aquell episodi es va autolimitar sense tractament. Al realitzar-se la nova colonoscòpia presenta canvis en la mucosa del recte, compatibles amb proctitis ulcerosa amb anatomia patològica compatible. S'inicia tractament amb mesalazina tòpica i oral, amb millora de la simptomatologia, i s'anima a la pacient a fer seguiment amb el servei de digestiu.

Conclusions

Les malalties inflamatòries intestinals són malalties que s'acostumen a iniciar durant la joventut i cronifiquen, fet que provoca un deteriorament en la qualitat de vida dels pacients en moltes esferes. Contemplar aquesta patologia en el diagnòstic diferencial de la diarrea pot ajudar a reduir el retard diagnòstic. En un cas com aquest, de compliment irregular del seguiment, el paper de l'equip d'atenció primària es torna crucial per tal de poder garantir l'adherència al tractament i les visites amb altres especialistes.

MIREIA SANTAMARÍA SÁEZ-TORRES
FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEGURA
PAULA MERINO VIDAL

Contacte:
mire.santamaria@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8961

Comunicació:
PÒSTER

Prestando atención a los sesgos en la consulta

Mujer de 52 años, natural de Perú, en Barcelona desde 2005. Vive con 2 de sus 3 hijos y su marido, resto de familiares en Perú.

Antecedentes personales: síndrome de Sjögren, polineuropatía axonal sensitiva leve, poliadenopatías inflamatorias, secundarias al proceso autoinmune, espondiloartritis cervical, uncoartritis con compromiso C5-C6-C7 derechos y trastorno adaptativo.

Medicación habitual: omeprazol 20 mg, pregabalina 75 mg c/12 h, sertralina 50 mg c/24 h.

Enfermedad actual: acude a urgencias del centro de atención primaria (CAP) por dolor lancinante muy intenso en epigastrio e irradiado a espalda, con náuseas sin vómitos ni fiebre, iniciado después de comer. En la exploración presenta dolor a la palpación en mesogastrio y epigastrio sin signos de irritación peritoneal, hemodinámicamente estable. Se realiza electrocardiograma que no muestra alteraciones.

Debido al evidente malestar, se decide administrar analgesia endovenosa y derivar al hospital.

Se realiza una ecografía abdominal no concluyente y una tomografía computarizada (TC). Se objetiva dilatación de la vía biliar con colédoco de hasta 9 mm. Se programa una colecistectomía junto a colangiografía intraoperatoria y se inicia antibioterapia con cefotaxima y metronidazol.

Bajo anestesia general y abordaje laparoscópico se objetiva colecistitis flemónosa junto a hígado esteatótico, y se realiza colecistectomía sin incidencias. No presentó complicaciones durante el posoperatorio y fue dada de alta.

La discusión de este caso no es la patología aguda, sino el perfil de la paciente: una mujer con antecedentes de trastorno adaptativo y múltiples consultas previas por dolores diferentes. Todos estos factores junto a la carga asistencial en atención primaria pueden influir en la valoración, y llegar a orientar el dolor como psicógeno o facticio. Además, las mujeres han estado históricamente discriminadas en medicina, lo que genera actualmente diferencias en el manejo de síntomas, especialmente el dolor. Sobre todo, hay que destacar que para diagnosticar un trastorno funcional, se debe descartar organicidad, independientemente del perfil del paciente, validar su dolor y realizar las pruebas adecuadas.

Open Access



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

ROXANA ELENA CATALÍN
EVA LEAL SALIDO
MARÍA JOSÉ ESTADELLA SERVALLS
JÉSSICA GUINART DE LA CRUZ

Contacte:
recatalin.tgmn.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8965

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, ¿me puede hacer una receta de botas ortopédicas para mi hija?

Àmbit de actuació: atenció primària.

Motivo de consulta: el médico de familia recibe una e-consulta de la madre de una paciente de 15 años: "Buenos días, doctora, me podrías mandar al traumatólogo para la ... a ver qué me dice de los pies, ya que las plantillas no le van bien y tiene calzado adecuado y se cae igual gracias".

Historia clínica

Paciente de 15 años conocida, con pie cavo bilateral desde los 6 años. Inicialmente, un grado I y dada de alta de traumatología. Reinicia visitas, pero coinciden con la pandemia y se pierde el seguimiento. En la primera visita con medicina de familia y comunitaria se evidencia además de los pies cavos una marcha atáxica, Romberg inestable, con reflejos disminuidos a nivel de piernas bilateral y movimientos caóticos y amplios con los brazos. Se envía a traumatología para valorar el pie cavo y se hace interconsulta a distancia con neurología para explicar el caso. Se cita de forma presencial en la consulta monográfica de enfermedades neuromusculares donde se confirma la exploración y se solicita resonancia magnética, electroneurografía y análisis sanguíneo con gen *FDRA* (ya que los padres son primos de segundo grado). Los resultados confirman la presencia de ataxia de Friederich 1.

Juicio clínico: sospecha diagnóstica de ataxia, confirmada por estudios neurológicos.

Evolución: actualmente la paciente está en rehabilitación, conoce parcialmente el diagnóstico y el pronóstico. Necesita andador y silla de ruedas.

Conclusión

Al ser una enfermedad que se diagnostica entre los 5 y los 15 años habitualmente ha sido un reto diagnóstico para el médico de familia, ya que no se piensa en ella inicialmente. Fue un primer contacto con el médico de adultos, sin conocer a la familia para pensar en enfermedades genéticas y con el añadido de un periodo de pandemia con pocas visitas presenciales.

ANNA GARCÍA MARGINEDAS
ELISABET MARTORELL SOLÉ
EUGÈNIA GARCÍA-CAMPOMANES BERDIÉ

Contacte:
anna.marginedas@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8966

Comunicació:
ORAL

Posa't a la meva pell

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: sol·licitud d'anàlítica.

Història clínica

Pacient de 24 anys procedent de Ghana, que fa uns anys que viu a Catalunya, però es visita al nostre centre des de fa poc. No té al·lèrgies medicamentoses, no és fumador i enol ocasional. Com a antecedents d'interès ha tingut un episodi de gonorrea. És un home que té relacions sexuals amb homes i a vegades manté relacions sexuals sense protecció. El pacient acut a la consulta per sol·licitar una anàlítica general amb serologies, on presenta una prova treponèmica positiva amb una prova no treponèmica amb un títol no gaire alt (RPR?). El pacient nega cap xancres genital o oral ni cap tractament previ de sífilis.

Presenta múltiples màcules hiperpigmentades en els palmells de les mans i els peus (lesions marronoses fosques, el pacient té una pell negra) d'una setmana d'evolució. Es realitza iconografia amb consentiment verbal per comentar el cas amb dermatologia. Donen suport al diagnòstic de sífilis secundària. Descriuen que els pacients de pell negra poden tenir també de forma fisiològica aquest tipus de lesions, en aquest cas tenen un llarg temps d'evolució.

Es tracta el pacient amb penicil·lina intramuscular i refereix millora de les lesions al cap de 2 setmanes del tractament injectat. Se sol·licita cribatge d'altres infeccions de transmissió sexual i controls serològics posteriors.

Conclusions

El diagnòstic serològic de la sífilis és un tema complex. En aquest cas ens ha orientat cap a una sífilis secundària. Les lesions en la pell negra encara són un repte per als professionals sanitaris, donat que la nostra formació ha estat gairebé íntegrament en pell blanca. Acceptar la nostra limitació en aquest aspecte i compartir els casos que anem trobant pot ser un bon inici per familiaritzar-nos i formar-nos en aquest àmbit.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARÍA JOSÉ GINER MARTOS
LORENA MONTERO GARRIDO
IGNACIO MENACHO PASCUAL
MERITXELL DEVANT ALTIMIR

Contacte:
mjmartos@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8967

Comunicació:
PÒSTER

Reorganització de l'atenció dels pacients amb criteris d'atenció domiciliària a un centre de salut urbà. Equip d'atenció domiciliària

Objectius: millorar l'atenció i el seguiment dels pacients d'atenció domiciliària (ATDOM).

Optimitzar i coordinar el treball dels diferents professionals que atenen els pacients d'ATDOM.

Millorar la longitudinalitat assistencial en l'atenció dels pacients d'ATDOM

Descripció: el 2015 i partint d'un equip format per quatre infermeres amb dedicació exclusiva als pacients d'ATDOM, una administrativa i una treballadora social a temps parcial, s'integren a l'equip dos metges de família 3 dies a la setmana.

Coincidint amb la pandèmia i amb l'increment en la detecció de pacients d'ATDOM, es reorganitza l'equip amb un tercer metge de família i passen tots a dedicació exclusiva diària.

Degut a la dispersió territorial de l'àrea de salut, es divideix en tres zones i s'hi distribueixen els professionals per optimitzar els desplaçaments. Així mateix, es decideix assumir per part de l'equip d'ATDOM les visites domiciliàries urgents que es generen diàriament al centre, tant de pacients d'ATDOM com de pacients de consulta.

Les agendes s'organitzen amb visites telefòniques i presencials suficients per assumir el seguiment del pacient crònic i les urgències que es generen. També es programen visites de coordinació amb la resta de l'equip per valorar les inclusions de pacients dins del programa. Es realitzen visites multidisciplinàries que donen una visió integral del pacient i la seva família. L'equip d'ATDOM té programades reunions de coordinació de grup i per professionals.

Conclusions: l'equip d'ATDOM millora l'atenció i el seguiment dels pacients tant en períodes d'agudització com d'estabilitat, millora la coordinació entre diferents nivells assistencials, garanteix la longitudinalitat assistencial del pacient, donat que les visites sempre són realitzades pel seu professional de referència gràcies a la seva disponibilitat diària.

Aplicabilitat: el programa podria implementar-se a qualsevol centre de salut.

NEUS AGUT BOTINES
TERESA NAVARRO ESTEPA
LORENA MONTERO GARRIDO
IGNACIO MENACHO PASCUAL

Contacte:
nagut@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8968

Comunicació:
PÒSTER

Uso de una aplicación móvil de mensajería instantánea para administrativos en un centro de atención primaria

Objetivos: mejorar la comunicación entre los pacientes y la administrativa referente de atención domiciliaria (ATDOM) en un centro de atención primaria (AT) urbano.

Mejorar la accesibilidad a los trámites burocráticos.

Descripción: equipo de ATDOM dispensarizado con dedicación exclusiva desde junio de 2020, con tres médicos de familia, cuatro enfermeras y una administrativa referente. Atiende 402 pacientes en ATDOM.

En octubre de 2020 implementamos el uso de una aplicación móvil de mensajería instantánea para mejorar la comunicación entre los usuarios y profesionales sanitarios de un equipo ATDOM, incluida la administrativa referente.

El usuario dispone de una aplicación móvil que le permite enviar mensajes, imágenes y documentos, así como recibir llamadas de voz y videollamadas.

Los profesionales disponen de una aplicación móvil y de una plataforma web que permite enviar mensajes, imágenes y documentos, realizar llamadas de voz y videollamadas, programar el envío de mensajes y tener mensajes predefinidos.

Los usuarios de ATDOM y la administrativa referente han podido comunicarse directamente para realizar trámites burocráticos, como solicitar la renovación de recetas crónicas, solicitar informes, solicitar ambulancias, programar analíticas, controles de anticoagulantes orales y vacunas.

Así mismo, se ha podido realizar la programación de exploraciones complementarias y se han enviado a los pacientes documentos informativos sobre la preparación de las pruebas.

Se han facilitado la comunicación asíncrona y la accesibilidad de los usuarios a la administrativa referente.

Conclusiones: tanto los usuarios como la administrativa referente han valorado positivamente el uso de la aplicación de mensajería instantánea.

Se ha optimizado el tiempo de comunicación y el usuario ha evitado la espera que supone llamar por teléfono a un centro de salud, y ha mejorado la accesibilidad telefónica de otros usuarios.

Se ha asegurado la longitudinalidad en los trámites administrativos al tener una única administrativa referente.

Aplicabilidad: esta experiencia es aplicable a cualquier centro de salud que tenga un equipo de ATDOM dispensarizado.

MERCÈ BUSQUETS ESCOBET
ISABEL COMERMA COMA
MONTSERRAT CIURANA TEBE

Contacte:
merce.buesc@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8969

Comunicació:
PÒSTER

El captopril no ho cura tot!

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: crisi d'hipertensió arterial (HTA) amb mal estat general.

Dona de 73 anys que consulta per episodis de cefalea intensa hemcranial, tremolor, epigastràlgia, nàusees, sufocacions i palpitations que concorden amb mesures de tensió arterial (TA) elevades (sistòliques >200 mmHg). No és clar el desencadenant previ. Havia fet tractament amb captopril a demanda sense millora (ni freqüència ni durada), de fet referia un empitjorament progressiu. Destaca l'antecedent d'accident de trànsit als 15 anys amb perforació intestinal (va requerir transfusió sanguínia i múltiples intervencions). Tres anys enrere havia presentat episodi amb característiques similars pel qual va consultar, amb ingrés hospitalari per a estudi, que no va trobar la causa desencadenant i que es va autolimitar. Sense tractament habitual.

Diagnòstic diferencial: feocromocitoma, HTA paroxística/pseudofeocromocitoma, HTA làbil, atac de pànic, estrès posttraumàtic.

Es deriva a nefrologia, que realitza ingrés programat i proves complementàries. Es descarten altres causes i acaba conclouent amb el diagnòstic de pseudofeocromocitoma o HTA paroxística. El maneig terapèutic va ser: antidepressius, benzodiazepines a demanda i clonidina (1,10 mg) com a antihipertensiu en el moment de la crisi. La pacient va presentar franca millora amb el tractament administrat (intensitat de símptomes i durada de les crisis).

Els pacients amb HTA paroxística típicament presenten paroxismes d'hipertensió (TA fins a >200/120 mmHg) sense un desencadenant clar, sempre acompanyats de símptomes físics i que no són detonats per emocions (distress, pànic). Generalment, tenen en comú històries d'abús o traumes a la infància. Característicament, la tensió arterial basal és en un rang normal, i la durada i la freqüència dels episodis és molt variable. La hipòtesi patogènica rau en una possible alteració del sistema nerviós autònom, amb una major sensibilitat dels receptors.

La finalitat de revisar aquest cas és conèixer diferents sistemes i etiologies de l'HTA per tal d'escollir la millor estratègia terapèutica, tenint sempre present que el captopril no ho cura tot.

SARA PERERA PERERA
EUGENI PAREDES I COSTA
ANNA LLINÀS VAQUER

Contacte:
spererap.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8970

Comunicació:
PÒSTER

Una otàlgia lancinant secundària a una neuràlgia

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: otàlgia esquerra.

Història clínica

Antecedents: hipertensió arterial (HTA), hepatocarcinoma, cirrosi hepàtica Child B 8p.

Anamnesi: dolor d'oïda esquerra lancinant i paroxístic de 15 dies d'evolució de pocs segons de durada i d'intensitat severa. Refereix aparició de la simptomatologia amb la masticació i l'apertura bucal.

Exploració física: exploracions neurològica i otorrinolaringològica sense troballes significatives. Sense dolor en l'exploració de l'articulació temporomandibular (ATM).

Proves complementàries: tomografia computada (TC) cranial i ressonància magnètica (RM) cerebral sense troballes significatives.

Judici clínic: otàlgia secundària a neuràlgia, bursitis o lesió ocupant d'espai (LOE) cerebral.

Diagnòstic diferencial: neuràlgia de la 3a branca del trigemí, neuràlgia del nervi intermediari facial, neuràlgia glossofaríngia, bursitis hamular pterigoidal, disfunció ATM.

Identificació de problemes: tenint en compte els antecedents d'hepatocarcinoma se sol·licita TC cranial i RM cerebral que no mostren alteracions significatives.

Tractament: s'inicia carbamazepina amb bona resposta simptomàtica. El pacient presenta somnolència i inestabilitat com a efecte advers i es retira i s'inicia oxcarbazepina.

Evolució: atesa la durada, la intensitat, les característiques del dolor, l'absència de lesions estructurals i la bona resposta a fàrmacs antiepilèptics s'orienta com a neuràlgia del nervi intermediari, branca del facial. El pacient presenta millora clara després de l'inici d'antiepilèptics i es manté asimptomàtic.

Conclusions

La presència d'otàlgia pot originar-se per diversos mecanismes tenint en compte la complexa innervació sensitiva del pavelló auricular, del conducte auditiu extern i de l'oïda mitjana. Els episodis paroxístics, lancinants i d'intensitat severa són suggestius d'otàlgia referida o secundària en context de neuràlgia.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

NEUS AGUT BOTINES
MARIA JOSÉ GINER MARTOS
MONTSERRAT PINYOL MARTÍNEZ
IGNACIO MENACHO PASCUAL

Contacte:
nagut@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8971

Comunicació:
PÒSTER

Cotutoría en un centro de atención primaria con equipo de atención domiciliar dispensarizado

Objetivos: organizar y evaluar la rotación por consulta y atención domiciliar (ATDOM) de los residentes de un centro de salud con un equipo de ATDOM dispensarizado.

Descripción: centro docente con 10 tutores de medicina y 15 residentes (MIR).

Equipo de ATDOM dispensarizado con dedicación exclusiva desde junio de 2020, con tres médicos de familia (tres tutores), cuatro enfermeras y una administrativa.

Dado que los tutores del equipo de ATDOM no pasan consulta en el centro y los tutores que están en consulta no hacen ATDOM, se implementó un sistema de cotutoría para que los residentes pudieran rotar igualmente por consulta y ATDOM.

Los residentes tienen un tutor principal, el que se les ha asignado al entrar como R1, y un cotutor, que se encarga de la parte de la rotación que no realiza el tutor principal.

Cuando se incorporan los R1, se les asigna un tutor de consulta o ATDOM. A los residentes que tienen asignado un tutor ATDOM, se les asigna un cotutor de consulta, y a los que tienen un tutor de consulta uno de ATDOM.

Para organizar las rotaciones, los residentes se distribuyen los días de rotación en el centro de salud con 1-3 días en ATDOM y 2-4 días en consulta, según sea su tutor principal de ATDOM o de consulta, las circunstancias del momento y las preferencias de los propios residentes.

Las entrevistas tutor-residente las realizan de forma conjunta el tutor, el cotutor y el residente.

Conclusiones: tutores y residentes han participado de forma activa en la cotutoría, han valorado positivamente la experiencia y los residentes ven como una ventaja formativa poder rotar regularmente con un equipo de ATDOM dispensarizado.

Hemos constatado que los residentes hacen más domicilios agudos y crónicos con esta organización.

Aplicabilidad: esta experiencia es aplicable a cualquier centro docente que tenga un equipo de ATDOM dispensarizado.

FAIZA-KIRAN MOHAMMAD JABEEN
ANNA GARCÍA MARGINEDAS
ELISABET MARTORELL SOLÉ

Contacte:
kiran159@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8973

Comunicació:
PÒSTER

L'avantatge de ser especialistes en tot

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dolor als bessons i empitjorament de la tos habitual.

Història clínica

Home de 55 anys d'edat, fumador 30 paquets/any, que treballa de fuster i viu amb la seva parella. El 1998 va patir trombocitopènia primària autoimmune amb esplenectomia i leucocitosi amb limfocitosi posterior en relació amb l'asplènia i el tabac. El 2019 va ser donat d'alta d'hematologia per estabilitat. Acut per dolor als bessons de predomini dret, de 8 mesos d'evolució que empitjora en la deambulació: si s'atura, millora. També ha augmentat la tos habitual. En l'auscultació destaca hipofonesi. Rest a d'exploració sense alteracions. Es demana anàlisi on destaca leucocitosi (neutrofilia i limfocitosi), velocitat de sedimentació globular (VSG) 117 mm/h, proteïna C reactiva d'1,80 mg/dl, tira d'orina amb microhematúria. Radiografia de tòrax amb signes indirectes d'atrapament aeri, opacitats reticulars bilaterals difuses amb engruiximents bronquials compatibles amb malaltia pulmonar obstructiva crònica-emfisema. Espirometria: capacitat vital forçada (FVC) del 68% i volum aspirat en el primer segon (FEV₁) del 72%. Patró no obstructiu per índex >70%. Índex turmell-braç esquerre 1 (normal) i dret 0,71 (malaltia obstructiva arterial moderada). Amb el resultat d'aquestes proves es realitza tomografia computada (TC) toracoabdominal: presenta signes d'emfisema i broncopatia crònica. També destaca la presència d'una lesió a la paret posterior de la bufeta urinària, suggestiva de carcinoma urotelial.

Es realitza interconsulta amb uròleg de zona, que activa circuit diagnòstic ràpid i se sol·licita citologia en orina, positiva. Està pendent de resecció transureteral, proves sol·licitades per cirurgia vascular i seguiment per pneumologia.

Conclusions

La valoració global dels pacients que es realitza a l'atenció primària ha permès en aquest pacient arribar al diagnòstic d'una patologia greu que no era fàcil sospitar clínicament. Integrar tota la informació de l'anamnesi, l'exploració física i les exploracions complementàries permet fer diagnòstics més acurats. Per altra banda, en una mateixa visita valorem la simptomatologia aguda i el seguiment de la patologia crònica, i això també dona una visió més àmplia del pacient.

FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEGURA
MIREIA SANTAMARÍA SÁEZ-TORRES
PAULA MERINO VIDAL

Contacte:
franchu2808@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8974

Comunicació:
PÒSTER

La longitudinalidad, uno de los múltiples puntos fuertes de atención primaria

Mujer de 82 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, que vive sola y es funcionalmente independiente.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico, reflujo gastroesofágico y lumbalgia por artrosis.

Enfermedad actual: tras un mal gesto en rehabilitación por lumbalgia, se inició cervicalgia y cefalea holocraneal y acudió hasta en cuatro ocasiones en menos de 2 semanas a urgencias hospitalarias. Fue orientada de contractura cervical y cefalea tensional, y se aumentó la escala analgésica hasta llegar al segundo escalón.

Ante múltiples asistencias a urgencias hospitalarias en una paciente poco demandante, su médico habitual de atención primaria (AP) contactó con ella para su valoración. En la consulta explicó el inicio de la cefalea punzante holocraneal continua, sin alteraciones visuales ni déficits motores-sensitivos ni náuseas o vómitos, con leve fotofobia y sin sonofobia. Interfiere en el sueño. No mejora con la analgesia pautada.

Reinterrogando refiere signos inflamatorios en las arterias temporales, que han remitido, sin clara claudicación mandibular.

En la exploración presenta dolor generalizado a la palpación cervicofrontal sin clara induración de arterias temporales, pero con molestias a la palpación, y el resto sin hallazgos.

Ante cefalea con signos de alarma y posible arteritis de Horton se solicita tomografía computarizada (TC) craneal y analítica urgentes. Se objetiva velocidad de sedimentación globular (VSG) >120 mm/h y proteína C reactiva 13 mg/l. Se comenta con reumatología y es citada al día siguiente en consulta externa del hospital. Se realiza ecografía de arterias temporales y se confirma el diagnóstico. Se inicia corticoterapia oral y presenta franca mejoría.

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en AP, y es imprescindible una detallada anamnesis y exploración física para realizar un diagnóstico diferencial. Y deben solicitarse pruebas complementarias en el caso de signos de alarma.

La longitudinalidad en AP ha demostrado reducir la mortalidad. Este es un claro ejemplo, ya que su médico de familia le contactó al ser una paciente poco demandante que consultó reiteradamente en urgencias hospitalarias.

La coordinación entre AP y el hospital es fundamental para un mejor manejo de las patologías.

ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA
LAURA DOLTRA LLINARS DEL TORRENT
M. YOLANDA SAN MIGUEL DOMINGUEZ

Contacte:
gabrielapimd@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8975

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, vengo por mis resultados y me encuentro muy cansada

Alergias: penicilina.

Depresión, ansiedad, rinitis alérgica, hernia de hiato, hipotiroidismo subclínico, anemia en estudio. Antecedentes quirúrgicos: herniorrafia inguinal.

Tratamiento: alprazolam, Ferbisol[®], omeprazol, Aerius[®]. Paciente que acude por los resultados de su analítica de seguimiento de anemia, en tratamiento con hierro oral que no tolera, prurito acuagénico, sin síndrome tóxico, sin síntomas B y sin síntomas constitucionales.

Exploración física: palidez, sin adenopatías, sin masas ni megalias.

Hemograma: hemoglobina (Hb) 10,6, volumen corpuscular medio (VCM) 90,8, L 3.650 (2% metamielocitos/ 4% mielocitos), plaquetas 209.000, anisopoiquilocitosis, eliptosis y dacriocitos; lactato deshidrogenasa 550 U/l, beta-2 microglobulina 3,67, vitamina B12 248, hierro/ferritina 83,6/62, filtrado glomerular 57, creatinina 1, velocidad de sedimentación globular (VSG) 36 mm/h, seriado de sangre oculta en heces negativo, serologías para hepatitis negativas y proteinograma normal.

Ecografía abdominal: esplenomegalia de 14 cm.

No precisa estudio familiar.

Juicio clínico: osteomielofibrosis.

Diagnóstico diferencial: leucemia mieloide crónica, trombocitemia, síndrome mielodisplásico, policitemia vera, trombocitemia esencial, leucemia megacarioblástica.

Tratamiento y plan de actuación: paciente de 72 años de edad, con leve anemia de Hb 11.6, VCM de 86, L 4.700 (3 mielocitos), reticulocitos 132 x 109/l, plaquetas 197.000, amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) del 19,5%, frotis de anisocitosis con marcada poiquilocitosis y abundantes ovalocitos, eliptocitos con dacriocitos, algún neutrófilo hiposegmentado con cromatina hipercondensada. TC abdominal: esplenomegalia homogénea de 16 cm. Se deriva a hematología para descartar síndrome mieloproliferativo. JAK-2 y CAL-R: no mutados. MPL: mutado. AMO: seco. BMO: presenta un marcado artefacto de comprensión. CD61 elevado sugiere proliferación de la serie megacarioblástica. La biopsia de la médula ósea (BMO) no es concluyente, sería OMF, IPSS, DIPSS y DIPSS+, serían intermedios 1 por ser mayor de 65 años. De momento no requiere tratamiento. Control a los 6 meses.

Conclusiones y aplicabilidad: ante un cuadro de anemia siempre debemos identificar el origen. El médico o médica de familia tiene la ventaja de poder realizar un seguimiento más estrecho y plantear más fácilmente diagnósticos. Actualmente, en atención primaria disponemos de pruebas diagnósticas que nos permiten agilizar el tiempo de espera al especialista y disminuir la incertidumbre.

CRISTINA COLUNGO FRANCA
ANTONIO JESÚS BLANCO CARRASCO
EMILIO ORTEGA-MARTÍNEZ DE VICTORIA
LILIAN FLORES MENESES
BERTA DE ANDRÉS BEUTER
SILVIA ROURA ROVIRA

Contacte:
colungo@clinic.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8977

Comunicació:
PÒSTER

Pot ajudar un programa educatiu en la instauració de l'ús de sensors en pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 en atenció primària?

Objectiu: avaluar l'efectivitat del Programa d'Atenció i Educació Terapèutica d'Optimització amb ús de FreeStyleLibre2 (PAET-optimització FSL) en pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) per infermeria de pràctica avançada en diabetis (IPAD) en l'àmbit d'atenció primària (AP).

Material/mètodes: estudi pragmàtic prospectiu, longitudinal, d'intervenció pre i post, sense comparador, multicèntric, àmbit urbà d'AP amb atenció especialitzada d'endocrinologia (AEE) i IPAD. Mostra per conveniència de 50 pacients.

Criteris d'inclusió: pacients derivats d'AEE amb DM2 amb dues o més dosis d'insulina i mal control metabòlic (hemoglobina glicada [HbA_{1c}] >8%) o sospita d'hipoglucèmies freqüents.

Variables: clíniques, educatives, de qualitat de vida, recursos assistencials i de satisfacció a l'inici/3 mesos amb FSL/6 mesos.

Comitè ètic referència HCB/2021/0311, consentiment signat.

Resultats: proposat a 45 pacients (4 negatives). Inclusió a PAET-Optimització FSL de 41. Grup de mal control (GMC) 28 (68,3%), grup d'hipoglucèmies (GH) 13 (31,7%), (2 abandonaments). Edat 68,2 ±9,2 anys, 61% homes, 63,4% jubilats, 80% amb hipertensió, 61% amb dislipèmia, 61% amb obesitat, evolució mitjana de la DM2: 20,9 anys. 75,6% amb antecedents familiars de DM2. Sense complicacions 19,5%, amb 1 complicació 22%, amb 2 29,2%, amb ≥3 14,6%. Independència d'autocura 85%. Test de coneixements 11,1 ±2,5, d'adherència a l'autocura 61,6 ±11,6, percepció d'estat de salut EuroQol 63,2 ±20. El 51,2% refereixen manca d'habilitats tecnològiques. Ús de lector 22 (53%), (habilitats de descàrrega 7, amb ajuda de familiars 3). HbA_{1c} inicial/3 m/6 mesos: GMC 28: 9,1 ±1,38, 7,7 ±1,63, 7,7 ±1,85; GH 13: 7,2 ±2,01, 6 ±1,89, 6 ±2,06. Sensor indicador de gestió de glucosa: cec, 1, 2 i 3 mesos: GMC 7,77%; 7%; 7,39%; 7,29%; GH 6,88%; 7,1%; 6,93%; 7%. Mitjana de temps en rang d'hipoglucèmies: 0,88% (0-8%), 0,43% (0-5%), 1,1% (0-23%), 0,76% (0-10%). Continuen amb ús de sensor autofinançat: 3. De 0 a 5: percepció de seguretat: 4,8. Recomanaria l'ús: 4,8. Grau de satisfacció d'ús: 5

Conclusions: amb dades provisionals del PAET-optimització-FSL observem una millora del control i una reducció de les hipoglucèmies, però els pacients requereixen més visites presencials per manca d'habilitats tecnològiques. El finançament en pacients amb tractaments complexos requerirà adaptar una intervenció educativa estructurada per aprofitar l'ús òptim dels sensors.

IVÁN VILLAR BALBOA
JESÚS ALMEDA ORTEGA
MARIA ESTEVE COMAS
MERITXELL REGÍ BOSQUE
ALBERT MARTÍN GARDONA
NATALIA SÁNCHEZ GÓMEZ

Contacte:
ivanvillarba@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8978

Comunicació:
PÒSTER

Qualitat diagnòstica de la malaltia celíaca a l'atenció primària: diagnòstics erronis i no concloents. Estudi de base poblacional

Objectiu: descriure la proporció i les característiques clíniques dels pacients amb diagnòstic erroni o no concloent de malaltia celíaca (MC) a la història clínica informatitzada (HCI) d'atenció primària (AP). Descriure el diagnòstic informat als pacients i el seguiment d'una dieta sense gluten (DSG).

Metodologia: estudi transversal de base poblacional dels pacients assignats a 12 equips d'AP (desembre del 2019). Criteris d'inclusió: pacients pediàtrics (<15 anys) i adults (≥15 anys) amb registre diagnòstic d'MC segons HCI (CIM10:K90.0).

Criteris d'exclusió: complir criteris diagnòstics d'MC (Catassi/ESPGHAN); no signar consentiment informat.

Variables: sexe; edat (anys) actual/diagnòstic; antecedents familiars d'MC; símptomes/condicions associades d'MC; estudi serològic, genètic; biòpsia duodenal; diagnòstic d'MC no concloent (proves no realitzades/no concloents Marsh 1); diagnòstic erroni d'MC (les proves realitzades descarten el diagnòstic); sanitat pública/privada; diagnòstic informat: MC/sensibilitat al gluten no celíaca (SGNC)/No MC; seguiment DSG.

Anàlisi estadística descriptiva/bivariant: aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació atenció primària-IDIAPI Jordi Gol (P16/096).

Limitacions: biaix d'informació (minimitzat completant la informació HCI/entrevista clínica).

Resultats: es van incloure 698 pacients, i es van excloure 524 diagnòstics per MC verificada. Ràtio MC no verificada/MC verificada 1:3,01. N: 174 diagnòstics d'MC no verificada segons l'HCI, dels quals, diagnòstics d'MC no concloent: 111 (63,8%) i diagnòstics erronis d'MC: 63 (36,2%). Dones: 78,7%, mediana [RIQ] d'edat: 43,8 [27,4; 55,5]. Diagnòstics en edat adulta: 82,8%. Sanitat privada: 21,6%. Antecedents familiars d'MC: 19,3%. Condicions associades d'MC: 9,4%. Asimptomàtics: 12,3%. MC-clàssica: 7,0%. MC-no clàssica: 80,7% (principalment diarrea intermitent: 34,7%, distensió abdominal: 37,1%, dolor abdominal: 31,8%, anèmia: 18,2% i ferropènia: 16,5%). Sense estudi serològic, genètic i biòpsia (4 pacients). Estudi serològic negatiu: 97,7%; biòpsia: 63,2% (Marsh 0 21,8%; Marsh 1 41,4%); estudi genètic: 79,2% (genètica positiva: 68,8%). Informació rebuda pels pacients (diagnòstic/DSG): s'informa del diagnòstic d'MC: 33,1%, SGNC: 29,1%, no-MC/SGNC: 37,8%. Segueixen DSG: 56,6%, principalment els informats amb diagnòstic d'MC i SGNC (MC 94,7% vs. SGNC 84,0% vs. no-MC 1,5%; p < 0,001). En pacients adults versus pediàtrics s'informa majoritàriament del diagnòstic d'MC/SGNC (72,9% vs. 16,7%; p < 0,001) i DSG (65,7% vs. 13,3%; p < 0,001).

Conclusions: una quarta part dels malalts celíacs presenta un diagnòstic no verificat d'HCI. Més de la meitat dels pacients amb diagnòstic no verificat d'MC segueixen una DSG. És necessari establir estratègies per millorar la qualitat diagnòstica de l'MC i la indicació adequada de DSG.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MARÍA DEL MAR SASTRE HUETE
JUAN ALAVA BENÍTEZ
VIOLETA FERRER GRACIA

Contacte:
mari7sastre@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8979

Comunicació:
PÒSTER

Obrint el bagul dels diagnòstics oblidats

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: edema de la regió distal de tres dits de les mans. Al cap de 3 setmanes apareixen petèquies i pàpules eritematoses als dits.

Història clínica

Dona soltera de 79 anys, modista jubilada. Exfumadora.

Antecedents personals: càncer de mama intervingut el 2010, gammapatia monoclonal immunoglobulina (Ig) G, prolapse de la vàlvula mitral, glaucoma, osteoporosi.

La pacient acut per edema de la part distal del 3r dit de la mà dreta i del 2n i 3r de l'esquerra. Al cap de 3 setmanes torna per aparició de petèquies i pàpules. Al cap d'un mes presenta millora clínica, tot i que persisteixen edemes i pàpules que no desapareixen a la vitropressió. Les lesions són doloroses i no milloren amb antiinflamatoris orals.

Proves complementàries: analítica a atenció primària amb anticossos ANA positius, títol 1/320.

Analítica reumatologia: anticossos citoplasmàtics 1/160 amb patró clapejat, resta de l'estudi de malalties autoimmunes negatiu.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: davant la simptomatologia descrita i l'estudi analític realitzat, es deriva a reumatologia amb el diagnòstic diferencial següent: dactilitis, endocarditis, vasculitis, sarcoïdosi, isquèmia.

Durant l'espera per ser visitada, la pacient consulta múltiples vegades tant a urgències d'atenció primària com hospitalària, sense trobar-se un diagnòstic definitiu. Finalment, la pacient és visitada per reumatologia on s'estableix el diagnòstic de penellons. L'hivern següent presenta les mateixes lesions, amb possible relació amb la covid-19.

Tractament: evitar l'exposició al fred, corticoides tòpics.

Conclusions

A les consultes d'atenció primària cal que recordem el principi de la navalla d'Occam: l'explicació més senzilla és la més probable. Per evitar caure en els fascinomes (diagnòstics que fascinen, però que són rars) cal obrir el pany del bagul dels diagnòstics oblidats. En el cas descrit, una afecció inflamatòria dels dits que es presenta després de l'exposició al fred és un penelló fins que es demostrí el contrari.

JORDI BUENO TORRES
SILVIA JOHER SABA
CARMEN IOANA JARCA CIUCOS

Contacte:
jbuenaot.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8980

Comunicació:
PÒSTER

Úlcera complexa. Un repte de treball en equip en atenció primària

Dona de 80 anys que consulta per úlcera complexa a la regió tibial dreta amb eritema i crosta necròtica sense resposta al tractament. Antecedents traumàtics les setmanes anteriors.

Antecedents: hipertensió arterial, arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular, anticoagulació oral, obesitat, hipotiroidisme subclínic, osteoporosi, transaminitis, glicèmia basal alterada.

Exploració: úlcera a la regió tibial dreta de 4 cm x 5 cm amb eritema i crosta necròtica.

Es van realitzar diverses cures tòpiques sense evolució favorable.

Es realitzen proves complementàries: frotis i cultiu microbiològic positiu per a *Staphylococcus epidermidis* multisensible.

Cirurgia vascular rebutja valorar-la. Es decideix maneig conjunt a l'equip d'infermeria i metge/essa a l'atenció primària. Es valora realitzar index turmell-braç, però no es pot per dolor intens. S'orienta com a úlcera venosa complexa per localització i tipus exsudat. La nostra guia de pràctica clínica aconsella embenatge compressiu (que la pacient no tolera), tractament anticoagulant (que ja pren per patologia de base) i normes higièniques i dietètiques.

Diagnòstic diferencial: úlcera arterial versus úlcera venosa. Es va orientar a úlcera venosa a causa de la seva localització i el tipus de exsudat.

Identificació de problemes: empitjorament de l'úlcera paulatinament, pla de cures correcte segons el concepte TIME (teixit, infecció, desequilibri d'humitat, vora de la ferida debilitada), coneixement d'apòsits correctament recomanats i correcte tractament antibiòtic segons antibiograma realitzat.

Tractament i plans d'actuació: cures específiques individualitzades segons les necessitats evolutives i valorar el tipus d'exsudat i el maneig de la pell perilesional, inicialment cada 24 h i després cada 72 h.

Seguint el protocol es va valorar el tractament amb pentoxifil·lina, però es va desestimar per interaccions i possibles reaccions adverses amb el tractament anticoagulant de base. Es van utilitzar diversos antibiòtics evolutius, segons antibiograma, amb evolució favorable.

L'abordatge conjunt i consensuat en equip a atenció primària de l'úlcera vascular complexa ens va assegurar la resolució amb èxit del procés i la millora de la qualitat de vida de la pacient.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

FRANCESCA ANDREA SALIDO CABISTANY
SILVIA CALL MAÑOSA
SILVIA ROBLES LUQUE

Contacte:
francesca.salido@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8981

Comunicació:
PÒSTER

Vida enllitada i dèficits cognitius. Un cas d'atenció domiciliària amb final feliç

Àmbit del cas: atenció domiciliària.

Motiu de consulta: pacient derivada pel seu equip habitual al programa d'ATDOM per dificultats en la mobilització i deteriorament cognitiu.

Història clínica

Enfocament individual: dona de 69 anys, amb antecedents de diabetis *mellitus* de tipus 2, hipertensió arterial, fractura osteoporòtica d'L1 i trastorn ansiosodepressiu, que sol·licita inclusió al programa d'ATDOM per davallada funcional de 6 mesos d'evolució. La família explica que actualment fa vida enllitada i també presenta dèficits mnèsics, però que prèviament era autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària.

L'exploració física i neurològica no mostra alteracions. Es realitza valoració de les capacitats funcional i cognitiva, i obté un índex de Barthel de 30 punts (dependència severa) i un test de Pfeiffer amb 4 errors (deteriorament cognitiu lleu). Se sol·licita una anàlisi que mostra hormona estimulante de la tiroide (TSH) de 99 i tiroxina (T4) indetectable. Es realitza tomografia computada (TC) de crani, que és normal.

Judici clínic: l'orientació diagnòstica és una davallada funcional per hipotiroïdisme sever, i cal descartar altres causes tractables de deteriorament cognitiu, com neurosifilis, dèficits vitamínics o patologia cerebral, mitjançant les proves complementàries.

Tractament: s'inicia levotiroxina i es va augmentant progressivament la dosi fins a aconseguir una funció tiroïdal correcta a les 12 setmanes.

Evolució: es deriva a rehabilitació domiciliària i es va revalorant. Després de 4 mesos ja no presenta alteració cognitiva (Pfeiffer amb 0 errors) i als 10 mesos ha millorat 15 punts en l'índex de Barthel.

Conclusions

L'atenció domiciliària pot oferir la mateixa qualitat assistencial que l'atenció a la consulta convencional, alhora que permet realitzar també valoracions de caire familiar i social. És important estudiar els casos de davallada funcional i també descartar les causes tractables de deteriorament cognitiu. L'hipotiroïdisme pot causar dèficits d'atenció, de memòria verbal i de treball, de percepció visual i de les funcions executives, i és fàcil de detectar amb una determinació analítica.

ISABEL DOLZ GÜERRI
RAQUEL LANGARITA LLORENTE
JESÚS CAMPOS FERNÁNDEZ

Contacte:
isabeldg_10@hotmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFIC_8982

Comunicació:
PÒSTER

Síndrome de alarma capsular. Descripción de un caso

Àmbit: urgències de atenció primària (AP).

Motiu de la consulta: focalidad neurològica.

Hombre de 65 años con antecedentes de migraña, hiperplasia benigna de próstata y ansiedad. Refiere episodio de torpeza en la extremidad inferior derecha (EID) con alteración de la marcha, autolimitado la tarde anterior y reaparición clínica a las 4:00 h con debilidad en la EID y parestesias en la mano derecha, que se autolimitan. A las 7:45 h consulta en urgencias de AP por lateralización de la marcha y parestesias en la mano derecha.

Exploración física: tensión arterial (TA) de 222/122 mmHg, auscultación cardiorrespiratoria normal, leve pronación de la extremidad superior derecha y resto normal. Electrocardiograma: RS a 83 lpm, sin alteraciones. Se administra captopril 25 mg y diazepam 5 mg. Se activa CÓDIGO ICTUS. Durante el traslado: TA 230/160 mmHg y se administran 20 mg de labetalol. En urgencias es valorado por neurología a las 08:30 h, muy nervioso pero SIN focalidad. Análítica sanguínea normal. Tomografía computarizada (TC): sin oclusiones ni estenosis. Estudio de perfusión sin alteraciones. El paciente persiste con tendencia a la hipertensión arterial (HTA), por lo que se administra urapidilo 50 mg por vía intravenosa. En la revaloración a las 8:46 h presenta claudicación de las extremidades derechas y leve hipoestesia perilabial derecha. Tras conseguir el control de la TA en 170/90 mmHg se decide, tras valorar riesgo-beneficio, realizar rtPA e ingreso en unidad de ictus. En TC de control se evidencia infarto lacunar establecido subcortical izquierdo. Durante el ingreso se inicia antiagregación + pauta de rehabilitación.

Juicio clínico: infarto lacunar izquierdo fluctuante (síndrome de alarma capsular [SAC]).

Diagnóstico diferencial: migraña, tumor, hemorragia, epilepsia y emergencia HTA.

Identificación de problemas: exploración física anodina intercrisis, tratamiento y pruebas complementarias no disponibles en primaria.

Conclusiones: el SAC cursa con episodios repetidos, estereotipados y autolimitados con dèficits motores o sensitivos de un hemicuerpo, por isquemia de pequeños vasos de la capsula interna. Deben darse al menos tres episodios en 72 h con resolución completa de los síntomas y la mayoría terminan con infarto del territorio sintomático. Su reconocimiento precoz, también en primaria, es imprescindible dada la alta probabilidad de completar un ictus.

Open Acces



Comunicacions XXIX Congrés de la CAMFiC

MERITXELL REGÍ BOSQUE
KARLA BRUZÓN SÁNCHEZ
IVÁN VILLAR BALBOA

Contacte:
meriregibo@gmail.com

Número de registre:
XXIXCAMFiC_8983

Comunicació:
PÒSTER

Doctora tinc una crosta al llavi que no cura, què pot ser?

Motiu de consulta: dona de 81 anys que consulta la seva metgessa de família per lesió al llavi superior dret de 3 mesos d'evolució.

Antecedents personals: sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, sense hàbits tòxics. Va treballar en el servei domèstic. Fototipus I de pell. Viu sola i és vídua de fa 5 mesos i no té fills.

Antecedents patològics: artritis reumatoide, hipertensió arterial, gonartrosi, reflux gastroesofàgic.

Malaltia actual: lesió al llavi superior dret de 3 mesos d'evolució, amb dolor quan menja. Sense antecedents d'infiltracions a la zona ni traumatismes.

Exploració física: placa de més de 2 cm, indurada amb lesions blanquinoses puntiformes, que ocupa una mica més de la meitat dreta del llavi superior, de la regió central, sense arribar a la comissura. Sense adenopaties supraclaviculars, ni laterocervicals, ni axil·lars. Auscultació cardiorespiratòria normal.

Proves complementàries: biòpsia cutània (servei de dermatologia) amb resultat de carcinoma escamós infiltrant (CEI). Nivell d'infiltració: múscul amb permeació perineural (pT2pN0).

Diagnòstic diferencial: queratosis actínica, carcinoma de cèl·lules basals, queratoacantoma, aftosi magna.

Tractament: exèresi del CEI del llavi superior dret + buidament ganglionar cervical bilateral (I i II).

Evolució: la pacient està pendent d'iniciar tractament amb quimioteràpia després de la cirurgia.

Conclusió: es considera que el tabaquisme i el consum d'alcohol són els factors etiològics principals en el desenvolupament del carcinoma escamós de la cavitat oral (CEO). Atesa la disminució del consum de tabac, aquest tipus de càncer va disminuint lentament. No obstant això, el virus del papil·loma humà (VPH) d'alt risc, principalment el VPH-16 i, en menor mesura, el VPH-18 i altres tipus, és un agent etiològic important en els càncers orals. El CEO es tracta generalment amb resecció quirúrgica, seguida de radiació adjuvant o quimioteràpia més radiació, depenent de l'estadiatge de la malaltia.