



Enlaira't amb
l'ecografia



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

PREMI A LA MILLOR COMUNICACIÓ ORAL

ALBERT FERNÁNDEZ BORRERO
MAITE CASTAÑ ABAD
PAOLA MEJIAS OCANDO
REBECA RODRÍGUEZ CORBATÓN
ALBA GASCÓN GIMÉNEZ
LLUC MARTÍN ANTÒ

Contacte:
alfernandez.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_9998

Estenosi carotídia severa en consulta de risc cardiovascular

Àmbit del cas: Atenció primària

La consulta de Risc CardioVascular (RCV) és una eina que ens permet reestratificar el risc CardioVascular que té un pacient.

Motiu de consulta

Criteris d'inclusió: Història de tabaquisme, Obesitat, Hipertensió, Dislipèmia, Història familiar d'events cardiovasculars prematurs.

Història clínica

Home de 69 anys amb diabetis mellitus i hipertensió ben controlades, REGICOR 6, sense tabaquisme i amb perfil lipídic límit. No presenta símptomes neurològics. A l'exploració s'evidencia una ateromatosis generalitzada, destacant una placa tipus IV a la caròtida interna esquerra. El Doppler evidencia un pic sistòlic de 194,88 cm/s amb un ràtio de 1,51.

Judici clínic: Davant un pacient asimptomàtic amb una ateromatosis generalitzada i una velocitat alterada es decideix fer una consulta amb vascular on li fan una ECO TSA amb uns resultats que suggereixen una oclusió del 95%.

Tractaments: El servei de cirurgia vascular confirma la severitat de l'estenosi i indica endarterectomia carotídia com a prevenció d'esdeveniments cerebrovasculars.

Evolució: El pacient és intervingut sense incidències i evoluciona favorablement, amb recuperació adequada i seguiment sense complicacions.

Conclusions: Aquest cas ens mostra com la consulta de RCV pot servir no només per reestratificar el RCV dels pacients amb risc lleu o moderat sinó com a eina de detecció de pacients amb ateromatosis severa amb o sense símptomes. Aquest cas mostra com una estenosi carotídia severa pot justificar intervenció quirúrgica fins i tot en pacients asimptomàtics. L'ecografia en atenció primària és clau per a la detecció precoç i la correcta orientació assistencial.

PREMI A LA MILLOR COMUNICACIÓ ORAL

LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
CASTRO BRAVO
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
linidianafloresmartinez@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10204

La imagen que lo cambia todo

Àmbito: Centro de Atención Primaria.

Motivo de consulta: Lesión palpable en mama derecha.

Paciente femenina de 44 años con antecedentes de glaucoma y quiste ovárico. Presenta una carga genética oncológica significativa: madre carcinoma (ca) cervicouterino, tía materna (ca. de mama) y tío materno (ca. gástrico). Acude por una lesión en mama derecha de 2 meses de evolución.

Exploración Física: A la inspección se objetiva piel de naranja y retracción del pezón. A la palpación se identifica una lesión de 1.5 cm en cuadrante inferior interno, de consistencia pétreo, fija e indolora.

Ecografía mama clínica: Se realiza evaluación dirigida mediante ecografía clínica, identificando una masa sólida de 16 mm, hipocogénica, poliglobulada y con bordes irregulares., sin captación de Doppler. Siguiendo los criterios Breast Imaging Reporting and Data System del (BI-RADS), la lesión se categorizó como de alta sospecha (BI-RADS 4).

Diagnóstico: Carcinoma papilar invasivo de mama derecha.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma lobulillar invasivo, necrosis grasa, mastitis crónica o abscesos, fibroadenoma hialinizado, ectasia ductal y mastitis periductal.

Evolución y tratamiento: La biopsia confirmó el diagnóstico de Carcinoma Papilar Invasivo. Se procedió a mastectomía total derecha con reconstrucción inmediata y simetrización contralateral.

Aplicabilidad en atención primaria: La aplicabilidad de la Ecografía en Atención Primaria y especialmente en este escenario reside en superar la limitación diagnóstica de la palpación aislada, en mujeres jóvenes, donde la densidad mamaria limita la sensibilidad de la mamografía, la ecografía se posiciona como la herramienta de elección. La identificación de descriptores de infiltración permitió una derivación prioritaria a la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR), acortando el intervalo diagnóstico y con mejor pronóstico.

DARIA MAZZUOLI
ALEJANDRO RAMIS TRILLES

Contacte:
dmazzuoli.pirineu.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_9952

Comunicació:
PÒSTER

Validesa diagnòstica d'un protocol clínic-ecogràfic per a la detecció de trombosi venosa profunda en atenció primària rural

Introducció: La trombosi venosa profunda (TVP) és una causa rellevant de morbiditat i pot evolucionar a embòlia pulmonar si no es diagnostica precoçment. En l'atenció primària rural, la variabilitat clínica i l'accés limitat a proves d'imatge poden retardar el diagnòstic. Al Pallars Sobirà, la dispersió geogràfica i la distància a centres hospitalaris reforcen la necessitat d'eines diagnòstiques resolutives al punt d'atenció. La incorporació d'un protocol estructurat amb ecografia compressiva podria millorar l'estratificació del risc i l'adequació de les derivacions.

Objectius: Objectiu principal: Determinar la validesa diagnòstica d'un protocol clínic-ecogràfic per a la detecció de TVP a l'atenció primària rural. Objectius secundaris: Descriure les característiques clíniques dels pacients amb sospita de TVP; avaluar l'impacte en les derivacions hospitalàries; i analitzar la viabilitat del protocol.

Material i mètodes: Estudi observacional prospectiu de 12 mesos en centres d'atenció primària del Pallars Sobirà. S'inclouran consecutivament pacients adults amb sospita clínica de TVP. El protocol inclourà valoració clínica estructurada i ecografia compressiva del sistema venós profund proximal (femoral comuna i poplità) realitzada per metges d'atenció primària formats.

El diagnòstic de referència serà l'ecografia Doppler hospitalària o el seguiment clínic a 3 mesos.

Es calcularan sensibilitat, especificitat, valors predictius i corbes ROC amb IC95%.

Resultats i conclusions: S'espera demostrar una adequada precisió diagnòstica i una millora en l'eficiència assistencial, reduint retards i derivacions innecessàries. El model podria ser extrapolable a altres entorns rurals. Projecte finançat amb una beca competitiva de 5.000 € de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (Convocatòria Alt Pirineu i Aran 2025).

ESTER SEGURA PAREDES

Contacte:
esegura.girona.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_9954

Comunicació:
PÒSTER

Implementació de l'ecografia clínica a l'EAPP d'un centre penitenciari (CP): experiència i impacte assistencial després d'un any d'activitat

Introducció: L'ecografia clínica a l'AP és una eina que pot millorar la capacitat resolutiva en entorns amb dificultats d'accés a serveis especialitzats i una elevada complexitat per a les derivacions. Les EAPP situades en CP es poden beneficiar de l'ús de l'ecografia, ja que permet una avaluació immediata, millorant la capacitat resolutiva i disminuint les derivacions.

Objectius: Descriure el procés d'implantació de l'ecografia clínica en un EAPP d'un CP, caracteritzar les ecografies realitzades i analitzar el seu impacte assistencial.

Descripció: Al llarg d'un any he realitzat 218 ecografies, sol·licitades pels metges del CP, en el procediment de cirurgia menor i urgents. Les ecografies que s'han realitzat són abdominals, aparell urinari, parts toves i musculoesquelètic. D'aquestes, 74 ecografies s'han derivat per continuïtat diagnòstica, seguiment especialitzat o tractament fora del CP, la resta es van poder resoldre al mateix CP. L'ús de l'ecografia ha reduït derivacions innecessàries, ha millorat la presa de decisions en un entorn on els trasllats comporten l'ús de recursos i de seguretat. Aquest procediment és possible per la disponibilitat d'un ecògraf i la formació dels professionals mèdics. Les principals dificultats inclouen la limitació del temps de consulta i mantenir la formació dels professionals.

Conclusions: La implementació de l'ecografia clínica en l'àmbit sanitari penitenciari és factible, ben acceptada i incrementa la capacitat resolutiva de la patologia més prevalent. L'ús sistematitzat de l'ecografia clínica optimitza recursos, redueix el nombre de derivacions i millora la coordinació assistencial del CP.

Aplicabilitat de l'experiència: Aquesta experiència és extrapolable a altres CP, demostrant que la incorporació de l'ecografia clínica millora l'eficiència i la qualitat assistencial donant respostes immediates a les consultes dels metges de l'EAPP, complementa el procediment de cirurgia menor optimitzant-lo, i dona un suport important en les urgències. Millora l'administració de recursos reduint les derivacions innecessàries fora del CP.

JESSICA LÓPEZ REGAL
DAVID TEIXIDÓ GIMENO

Contacte:
jllopezre16@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_9956

Comunicació:
PÒSTER

Massa cervical

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: tumoració al coll.

Història clínica

Home de 28 anys fumador, enolisme. Consulta per tumoració lateral dreta del coll que ha crescut en pocs dies, millora lleu amb antibiòtic pautat al CUAP. Refereix pèrdua de pes de 5 kg en 5 mesos, astènia i sudoració nocturna.

Exploració física: Massa supraclavicular dreta, mal definida, indurada, indolora i fixa. Sense adenopaties axil·lars, laterocervicals ni inguinals.

Proves complementàries: realitzem ecografia de parts toves al CAP, s'observa massa supraclavicular dreta de 4-5cm, amb múltiples imatges ovoides hipo-isoecoiques, sense captació de Doppler. Demanem radiografia de tòrax on es veu una gran massa mediastínica.

Orientació diagnòstica: Tumoració supraclavicular dreta i mediastínica pendent d'estudi.

Diagnòstic diferencial: Limfoma, Tumor tiroïdal, timoma, teratoma.

Pla d'actuació: Derivada a urgències. TC toràcic urgent: massa mediastínica de 74 x 73 x 67 mm amb signes d'infiltració difusa, adenopaties mediastíniques, supraclavicular dreta i infraclavicular esquerra. Es programa biòpsia ecoguiada.

Evolució: es diagnostica limfoma de Hodgkin, estadi IVB. Inicien 4 tandes de quimioteràpia. Actualment en remissió completa.

Conclusions i aplicabilitat: Les masses cervicals referides pel pacient o com a troballa a l'exploració física constitueixen un procés freqüent a les consultes d'AP. Generalment són malalties benignes, però de vegades són el primer signe de malalties greus. L'ecografia clínica realitzada immediatament a AP ens aporta informació sobre la naturalesa i la localització de la lesió, disminueix la incertesa diagnòstica permetent una aproximació precisa a la gravetat del procés i millorant la presa de decisions i la derivació.

LAURA GOZALBO NIETO

Contacte:
lauragozalbo@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_9957

Comunicació:
PÒSTER

Dra., a mi el que em fa mal és la cama

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: dolor a la cama esquerra.

Història clínica

Dona de 25 anys amb obesitat. Pren anticonceptius orals.

Fa 2 setmanes es va desmaiar amb sensació dispneica posterior mentre estava caminant; la seva parella la va assegurar. Com es trobava molt malament, va anar a casa a descansar.

Un dia més tard va anar a urgències hospitalàries per dolor a la cama esquerra (EIE), la va visitar traumatologia que li va donar analgèsic.

Consulta per continuar amb dolor a EIE i amb dispnea, per la qual cosa no està preocupada perquè s'ha comprat inhalador de salbutamol.

EF:

1. Bon estat general.
2. Auscultació respiratòria i cardíaca normals.
3. Polsos perifèrics presents i simètrics.
4. Empastament gemel·lar esquerre.

Fem ecografia trombosi venosa profunda de 2 punts (ECO TVP 2 p): TVP parcial en vena femoral comú (VFC) i TVP total en vena poplità de la EIE.

Derivem a servei d'urgències que descarta tromboembolisme pulmonar (TEP) amb AngioTC. La tracten amb heparina a dosi anticoagulant i, com no veuen l'història del CAP i "no hi ha ecografia confirmatòria de TVP" la citen l'endemà amb Cirurgia Vascular per a ecografia, que informa de la mateixa patologia ja descrita per nosaltres. En estudi de causes per medicina interna es descarten patologies trombofíliques i s'atribueix a anticonceptius orals.

Conclusió: El paper de l'ecografia en atenció primària en aquest cas és vital, donat que ràpidament vam poder donar l'orientació diagnòstica adequada, només es va derivar a urgències per a descartar el TEP. Encara queda molta feina per a fer-nos valer i que els companys d'altres àmbits tinguin en compte els nostres diagnòstics ecogràfics, sense duplicar proves i recursos si és que no són necessaris.

LAURA GOZALBO NIETO
MIRYAM FORNIELES MEDINA

Contacte:
lauragozalbo@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_9958

Comunicació:
PÒSTER

Tornem-hi

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor a la cama dreta de 3 dies d'evolució.

Història clínica

Home de 33 anys sense al·lèrgies medicamentoses o hàbits tòxics. Antecedent de diversos episodis de tromboflebitis superficial, ja derivat a cirurgia vascular sense evidenciar varius i en seguiment per medicina interna per estudi de la coagulació, en tractament amb àcid fòlic per dèficit. Va ser visitat a urgències de cirurgia fa 2 dies per dolor en cara posterior de cuixa dreta. El pacient refereix que només li van palpar la cama i al no haver-hi cordó venós el van altair amb AINE i pomada de Pentosano polisulfato sódico (Thrombocid). Reconsulta al CAP per no milloria.

Tot i que a l'exploració sembla normal, decidim fer ecografia vascular.

Ecografia trombosi venosa profunda (TVP) descarta la presència de TVP. S'objectiva trombosi venosa superficial (TVS) amb coàgul hiperecogènica en tot el trajecte de la vena safena interna des d'1/2 de la cuixa dreta fins a part inferior de bessó dret (>30 cm de longitud). Conclusió: tromboflebitis superficial >30 cm longitud.

Es va decidir tractar amb heparina a dosis anticoagulants per l'extensió de la TVS.

El pacient encara està pendent d'estudi amb medicina interna.

Conclusions: L'ús de l'ecografia en atenció primària va ser vital i un punt extra respecte a l'atenció que el pacient va rebre a urgències per personal no format en ecografia. És per això molt important insistir en la formació dels professionals en ecografia clínica, donat que, ara per ara, no fer-ho es podria considerar fins i tot negligència.

LAURA GOZALBO NIETO
LUIS EDUARDO SUÁREZ PINZÓN

Contacte:
lauragozalbo@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_9959

Comunicació:
PÒSTER

D'una ecografia clínica a un LUPUS

Àmbit del cas: Serveis d'urgències.

Motius de consulta: Dolor toràcic i febre.

Història clínica

No hàbits tòxics o antecedents d'interès. Home de 35 anys sense antecedents, des dels 15 anys refereix episodis de dolor centrotoràcic opressiu irradiat a esquena juntament amb febre de 38°C que s'autolimiten (3-4 vegades per any). Ha visitat en múltiples ocasions urgències. Ecocardiograma 2022 sense alteracions (asintomàtic). Acudeix per un nou episodi de 2 dies d'evolució.

EF: TA 106/70 mmHg, FC 100 lpm, T 38 °C, SaO2 98% (aa), FR 20 rpm.

Exploració cardíopulmonar anodina.

EECC:

- Ecografia pulmonar clínica: Lleu vessament en si cardiofrènic D.
- ECG: RS a 90 bpm, eix 60°. QRS estret. Lleu elevació còncava en DII del ST
- Eco cardíaca clínica: Lleu vessament pericàrdic

Ax: Leucòcits *11980 (N *74,4%), Hb 14,7, Plaquetes 184000. FG 106, CK 67,8U/L, troponina T 9,42 ng/L. PCR *12,7 mg/dL. FR *17, ANA *1/160.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes.

Diagnòstic diferencial: Pericarditis viral, pericarditis autoimmune, pneumònia.

Ecocardiograma (CARDIOLOGIA): FEVI normal. Vessament pericàrdic lleuger (no mínim): 1-2 mm al sac anterior i 8-9 mm al sac posterior. Sense compromís hemodinàmic.

ALTA: Ibuprofèn 10 dies + colchicina 0,5 mg/12 h durant 3 mesos + Seguiment per Reumatologia. Inicia tractament amb Dolquene.

Complex criteris de Lupus (LES): ANAs, febre intermitent, Vessament pleuropericàrdic, Ac anticardiolipina positiu.

Conclusions: Cal destacar la importància de l'ecografia clínica, realitzada en el moment precís en què el pacient presentava dolor, ja que va permetre, finalment, el diagnòstic de serositat secundària a lupus, una malaltia amb un retard diagnòstic de 20 anys. És fonamental la formació en ecografia del metge d'atenció primària, ja que facilita l'estudi de moltes patologies en la pràctica clínica habitual, i pot contribuir a millorar tant la qualitat assistencial com el seguiment i el tractament dels pacients.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

CLARA NOGUERA MUÑOZ
ANDRÉ CARBAJAL TAHUA
ANDER BURGAÑA AGOÛES
XAVIER SALVIA NOGUER
MARCOS PÉREZ TOMÁS
LAURA GUARRO AGUSTÍ

Contacte:
claranomu@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_9960

Comunicació:
ORAL

Tumoració pulsàtil posttraumàtica: No tot és un hematoma

Àmbit del cas: Atenció domiciliària per equip d'unitat funcional de crònics.

Motiu de consulta: Lesió cutània persistent al cuir cabellut després de traumatisme cranioencefàlic (TCE).

Història clínica

Home de 95 anys amb antecedent de fibril·lació auricular permanent en tractament anticoagulant.

El pacient presenta una caiguda accidental al domicili amb traumatisme cranioencefàlic sense disminució del nivell de consciència ni focalitat neurològica. Atès l'antecedent d'anticoagulació, es decideix trasllat hospitalari per a la realització de tomografia computada (TC) cranial.

La TC cranial descarta lesions agudes, identificant únicament una lesió excoriativa superficial parietal dreta, motiu pel qual el pacient és donat d'alta al domicili.

Set dies després, la filla del pacient sol·licita valoració per l'aparició d'una nova tumoració al cuir cabellut, a la mateixa localització que la lesió superficial prèvia.

A l'exploració s'observa una tumoració parietal dreta de 3 x 4 cm, amb superfície hemàtica friable i pulsàtil, motiu pel qual es realitza una ecografia clínica a peu de llit.

L'ecografia amb sonda lineal identifica una lesió sacular hipoeoica, ben delimitada, localitzada al teixit subcutani del cuir cabellut. La lesió presenta contingut intern heterogeni compatible amb trombosi parcial en continuïtat amb una branca de l'artèria temporal superficial, flux turbulent en Doppler color amb patró "yin-yang", compatible amb pseudoaneurisma posttraumàtic.

Judici clínic i actuació: Sospita de pseudoaneurisma posttraumàtic, en el context de diagnòstic diferencial amb hematoma subgaleal i malformació vascular. L'ecografia clínica orienta el diagnòstic i es decideix derivació hospitalària urgent.

Evolució: El diagnòstic es confirma amb proves d'imatge hospitalàries i es realitza resecció quirúrgica completa com a tractament definitiu.

Conclusions: L'ecografia clínica en atenció primària constitueix una eina accessible i de gran utilitat per identificar patologia vascular potencialment greu, facilitant una presa de decisions, optimitzant la derivació i millorant la seguretat del pacient.

ESTER RAS VIDAL
MARÍA ISABEL SÁNCHEZ ORO VALLES
JOAN BOJ CASJUANA
JOSEP BALSELLS GHIGLIONE
XAVIER FLORESVIM AUBIA
MIREIA GARCÍA VILLARRUBIA MUÑOZ

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_9964

Comunicació:
PÒSTER

Prevalença de troballes ecogràfiques abdominals i renals en atenció primària i la seva relació amb factors de risc clínics

Objectius: Estimar la prevalença i descriure les característiques de les troballes ecogràfiques abdominals i renals en pacients d'Atenció Primària (AP), així com analitzar la seva relació amb factors de risc clínics i cardiometabòlics.

Metodologia: Estudi observacional retrospectiu en un centre d'AP de pacients 18 anys sotmesos a ecografia abdominal o renal per indicació clínica. Es van registrar les principals troballes ecogràfiques: esteatosi hepàtica, litiasi renal i vesicular, quists renals i hepàtics, dilatació de vies urinàries, hipertròfia prostàtica i altres troballes abdominals.

Es van recollir variables clíniques, antropomètriques i analítiques: índex de massa corporal (IMC), hipertensió arterial (HTA), diabetis mellitus, dislipèmia, tabaquisme, triglicèrids, colesterol LDL i HDL, glucosa, creatinina, filtrat glomerular i tensió arterial.

Anàlisi descriptiva de prevalences, correlacions amb coeficient de Spearman, comparacions amb la prova U de Mann-Whitney i regressió logística exploratòria amb SPSS.

Resultats: Es van analitzar 132 pacients. La prevalença d'esteatosi hepàtica va ser del 28,0%, la de litiasi vesicular del 12,9% i la de litiasi renal del 7,6%. Els quists renals es van observar en el 10,6% dels pacients i els quists hepàtics en el 3,0%, mentre que la dilatació de vies urinàries es va detectar en l'1,5%. L'esteatosi hepàtica es va correlacionar amb l'IMC ($\rho = 0,20$; $p = 0,024$) i amb els triglicèrids. La litiasi renal es va associar amb la HTA ($p < 0,05$). Els quists renals i la hipertròfia prostàtica es van relacionar principalment amb l'edat.

Quan es van analitzar tots els factors conjuntament, només l'edat es va mantenir associada als quists renals i a la hipertròfia prostàtica, mentre que la resta de variables no van mostrar una relació significativa.

Conclusions: Les troballes ecogràfiques abdominals i renals són freqüents en AP i es relacionen amb factors de risc clínics. L'ecografia és una eina útil per identificar pacients amb major risc cardiometabòlic.

LUIS EDUARDO SUÁREZ PINZÓN
LURA GOZALBO NIETO

Contacte:
edusuares89@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_9965

Comunicació:
PÒSTER

Hernia de Spiegel. Ecografía clínica al rescate

Ámbito del caso: Servicio de Urgencias.

Motivo de consulta: Dolor abdominal.

Paciente de 61 años, con antecedentes patológicos de obesidad grado II, dislipidemia y esteatosis hepática. Es fumadora y niega consumo de alcohol. Acude a urgencias por dolor súbito en fosa ilíaca izquierda de aproximadamente 4 horas de evolución, se asociaba a náuseas y vómitos. Indica que suele tener episodios similares de dolor abdominal, son súbitos y que se autolimitan. Refiere pérdida de peso por cambio de dieta y seguimiento por nutricionista.

Examen físico: Mal estado general, facies dolorosa. A la palpación abdominal presenta dolor en fosa ilíaca izquierda, se objetiva masa pétreo de unos 10x5 cm de diámetro aproximadamente. Peristaltismo conservado.

Pruebas complementarias. Analítica sanguínea con leve leucocitosis, PCR en rango, perfil hepático y renal en rango. Se realiza una ecografía a pie de cama, centrada en masa palpable en fosa ilíaca izquierda, que se observa una hernia conteniendo asas intestinales con pequeño agujero herniario.

Se realiza TAC abdominal con contraste donde se objetivan signos radiológicos de oclusión-suboclusión intestinal de intestino delgado secundaria a hernia de Spiegel en fosa ilíaca izquierda.

Juicio clínico: Oclusión intestinal por Hernia de Spiegel en fosa ilíaca izquierda.

Diagnóstico diferencial: Hematoma de la pared del recto, hernias inguinales, neoplasia intestinal. Lipoma, apendicitis epiploica.

Tratamiento: Reducción laparoscópica y colocación de malla intraabdominal

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente; estuvo hospitalizada por 48 horas. Realiza tolerancia oral con buen control de dolor. Tuvo seguimiento al mes por consulta externa de Cirugía General con alta.

Conclusiones: El uso de la ecografía clínica en el dolor abdominal agudo ayuda a acortar el diagnóstico diferencial. Es importante en el ámbito de urgencias de atención primaria, como en urgencias hospitalarias, porque permite dirigir las siguientes pruebas complementarias y así dar al paciente un diagnóstico y tratamiento precoz.

JOE BRYAN COLLANTES GOICOHEA
CLAUDIA PATRICIA VASQUEZ TUESTA
ANTÓN PLANA BLANCO

Contacte:
joecogo@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_9967

Comunicació:
PÒSTER

Cuando no todo es neuralgia postherpética: El valor del POCUS en la atención primaria

Mujer de 24 años que consulta por dolor hemifacial izquierdo de características neuropáticas tras episodio de lesiones vesiculares orales, orientado inicialmente como neuralgia postherpética. Como antecedente relevante, había sido valorada previamente por odontología donde le realizan ortopantomografía y le indican que no evidencian patología odontológica.

Presenta evolución tórpida, con respuesta parcial a tratamiento neuromodulador y aparición de efectos adversos. Semanas después, asocia tumoración submandibular izquierda dolorosa, de crecimiento progresivo, junto con sudoración nocturna y anorexia. La exploración física objetiva adenopatías cervicales dolorosas.

Las pruebas complementarias iniciales, incluyendo analítica sanguínea, serologías infecciosas y radiografía de tórax, no muestran hallazgos relevantes. En este contexto, se realiza ecografía clínica (POCUS) en Atención Primaria, identificándose adenopatía submandibular izquierda de 1,6 cm, con ecogenicidad mixta, hilio conservado y señal Doppler, compatible con etiología inflamatoria. Estos hallazgos son posteriormente confirmados mediante ecografía reglada.

Ante la persistencia del cuadro clínico, se amplía el estudio, evidenciándose finalmente un proceso odontogénico en región mandibular izquierda compatible con absceso, iniciándose tratamiento antibiótico con buena evolución.

Este caso nos muestra un escenario clínico con evolución atípica, en el que un diagnóstico inicial plausible y la ausencia de hallazgos odontológicos iniciales pueden retrasar la identificación de la causa subyacente. La utilización de ecografía clínica en Atención Primaria permitió caracterizar las adenopatías como inflamatorias, orientar el diagnóstico diferencial y priorizar la continuidad del estudio.

El POCUS se consolida como una herramienta accesible y de alto valor clínico en la evaluación inicial de adenopatías cervicales.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

SANDRA PLA SERÓ
PATRICIA MONTENEGRO LAFONT

Contacte:
splasero@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_9973

Comunicació:
PÒSTER

Litiasi silenciosa

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor a flanc esquerre.

Història clínica

Enfocament individual: No antecedents patològics d'interès. Dolor a flanc esquerre de tipus opressiu de 2 mesos de duració amb empitjorament en freqüència i intensitat l'últim mes. Associa orina més fosca i polaquiúria en context del dolor. No febre. No relació amb traumatisme ni mal gest previs. Pren antiinflamatoris amb millora clínica. A l'exploració destaca Puny Percussió Lumbar esquerra positiva.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: El cas s'orienta com una possible litiasi, una pielonefritis o un dolor musculoesquelètic. Davant la sospita clínica de litiasi es realitza una ecografia dirigida al CAP identificant hidronefrosi calicilial amb ombra acústica posterior per probable litiasi de forma irregular. Tractament i plans d'actuació. Es dona pauta analgèsica per control del dolor i es deriva a Urologia preferent. **Evolució:** La pacient és valorada pel servei d'Urologia ampliant l'estudi amb Uro-TAC, gammagrafia renal i analítica. A l'analítica la funció renal està conservada. A la prova d'imatge es detecta una litiasi coral·lifforme de 9,3 cm amb hidronefrosi secundària a ronyó esquerre. A la gammagrafia aquest es troba augmentat de mida amb àrees hipoactives. Es decideix fer una nefrolitotomia percutània per intentar preservar l'òrgan en pacient d'edat jove. Donada l'evolució tòrpida amb augment de càrrega litiasica, es va dur a terme una nefrectomia.

Conclusions

L'ús de l'ecografia a l'Atenció Primària esdevé una eina diagnòstica essencial ja que permet detectar de manera immediata signes indirectes d'obstrucció, com la hidronefrosi, així com imatges compatibles amb litiasi. Aquesta capacitat resolutiva facilita una presa de decisions més àgil i una derivació preferent adequada, reduint retards diagnòstics i evitant complicacions majors.

LAURA VILLENA MONROY

Contacte:
lauravillenaaronroy@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_9975

Comunicació:
PÒSTER

No és litiasi tot el que ho sembla, la importància de moure el pacient

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor a l'hipocondri dret.

Història clínica

Pacient de 81 anys amb antecedents d'hipertensió i dislipèmia, que consulta per dolor a hipocondri dret ocasional de dos mesos d'evolució.

A l'exploració física presenta un abdomen tou i depressible amb dolor a la palpació d'hipocondri dret però sense defensa i amb signe de Murphy negatiu.

Com a proves complementàries disposem d'una analítica on únicament s'observa mínima alteració de transaminases. Es completa l'estudi amb una ecografia realitzada al CAP on destaquen dues imatges hiperecòiques a l'interior de la bufeta biliar, adherides a la paret que no canvien de posició en col·locar al pacient en decúbit lateral.

Judici clínic: dins del principal diagnòstic diferencial en aquest pacient donades les troballes ecogràfiques es va contemplar la litiasi vesicular vs pòlip vesicular. La dada clau en aquest cas és que estan adherides a la paret i per tant no es van moure en canviar al pacient en decúbit lateral, fet característic dels pòlips ja que les litiasis per gravetat s'haguessin desplaçat. Una altra dada que permet diferenciar-les és que no presenten ombra acústica posterior. Donada la clínica del pacient, a més de la sospita ecogràfica i la mida dels pòlips es va derivar a cirurgia general.

****Conclusions (i aplicabilitat per a la Medicina de Família):** aquest cas mostra una vegada més la utilitat de l'ecografia en atenció primària i l'autonomia i el valor que aporta al metge de família per arribar a diagnòstics, estalviant així una derivació a radiologia i temps d'espera al pacient.

MONICA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ
ALEJANDRA ALIJA MARTÍNEZ
EDUARDO FRAIZ MUÑOZ

Contacte:
mvazquez@hospiolot.cat

Número de registre:
IICECOAP_9977

Comunicació:
ORAL

Diagnòstic ecogràfic d'arteritis de l'artèria temporal a l'Atenció Primària

Home de 78 anys que ve a la nostra consulta d'Atenció Primària (AP) per cefalea de novo.

Antecedents personals: Diabetis mellitus tipus 2, hipertensió arterial, malaltia renal crònica, obesitat grau 3 i apnea obstructiva del son.

Anamnesi: Explica dolor temporal esquerre i maxil·lar inferior contralateral amb hipersensibilitat cutània i dolor sobtat molt intens d'11 dies d'evolució.

Exploració física: Artèria temporal dreta engruixida, polsos presents i hipersensibilitat cutània de la zona, resta d'exploració és anodina.

Diagnòstic diferencial: Arteritis de l'artèria temporal (AT), neuràlgia del V parell cranial.

Proves complementàries: sol·licitem analítica urgent, contactem amb Reumatologia que aconsella realització d'ecografia Doppler.

- **Ecografia de l'artèria temporal a la nostra consulta:** Objectivem halo hipoecoic i alteració del flux sanguini amb turbulències.
- **Analítica:** velocitat de sedimentació globular (VSG) 94 mm/h, proteïna C reactiva (PCR) 14 mg/dl, hemoglobina (Hb) 11,2 g/dl, hematòcrit (Ht) 34,7%, volum corpuscular mig (VCM) 86,6fL, filtrat glomerular (FG) 34ml/min/1,73m²

Orientació diagnòstica: Arteritis de l'AT. Criteris American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology (ACR/EULAR) 2022: 14 punts, l'indica positiu = 6.

Tractament i evolució: Pautem deflazacort 60 mg/dia. Posteriorment Reumatologia indica biòpsia d'artèria temporal, concordant amb el diagnòstic d'AT. En pocs dies, millora clínica. Mesos després, disminució de PCR 1,5 mg/dl i VSG 13 mm/h. En el seguiment ulterior el pacient no ha presentat complicacions derivades de l'AT.

Conclusions i aplicabilitat a AP: L'ecografia Doppler de l'artèria temporal és una eina fonamental ja que ofereix rapidesa en el diagnòstic. El diagnòstic i tractament precoç de l'AT a l'Atenció Primària afavoreix el control ràpid de la resposta inflamatòria i conseqüentment redueix les complicacions derivades de la malaltia.

*Consentiment verbal i escrit del pacient per utilitzar les seves dades clíniques. *Disposem d'imatges i vídeo d'ecografia.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁÑEZ

Contacte:
ehernandez.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_9981

Comunicació:
ORAL

Dolor de panxell en pacient esportista: quan l'ecografia canvia el diagnòstic

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor al panxell de la cama.

Antecedents personals: Malaltia renal poliúística amb malaltia renal crònica, hipertensió arterial, varius i gammapatia monoclonal en estudi. No fumador. Sense traumatisme desencadenant ni sensació de "pedrada".

Anamnesi: Home de 62 anys, esportista i molt actiu, que consulta per dolor i tumefacció progressiva al panxell dret d'una setmana d'evolució sense antecedent traumàtic, que el pacient descriu com a similar a una ruptura muscular del solí que havia presentat mesos abans.

Exploració física: Empastament de la regió interna de la cuixa i de la cama (extremitat inferior dreta), sense signes concloents de lesió muscular.

Proves complementàries: Davant la discordança clínico-exploratòria, es realitza ecografia clínica vascular al punt d'atenció amb la tècnica de compressió i Doppler s'objectiva material ecogènic intraluminal, absència de compressibilitat i absència de flux venós a venes femorals comunes, femorals superficials, poplítees i tronc tibio-peroneu. Es descarten lesions musculars associades.

Judici clínic: Trombosi venosa profunda extensa de membre inferior dret.

Diagnòstic diferencial: Ruptura fibril·lar, hematoma i tromboflebitis superficial. Identificació de problemes: Escenari clínic potencialment enganyós sense l'ecografia.

Tractament: Derivació urgent hospitalària per confirmació i inici immediat d'anticoagulació, donada la magnitud de l'extensió de la trombosi.

Plans d'actuació: Estudi etiològic amb despistatge de neoplàsia oculta i abordatge multidisciplinari.

Evolució: Favorable amb tractament anticoagulant. Es descarta neoplàsia oculta.

Conclusions i aplicabilitat per a la Medicina de Família: En un quadre aparentment banal, l'ecografia clínica al punt d'atenció permet detectar patologia potencialment greu de manera immediata, evitant errors diagnòstics amb alt impacte clínic. L'ecografia clínica a la consulta pot marcar la diferència entre retard diagnòstic i actuació precoç, reforçant el paper resolutiu de l'Atenció Primària i millorant la seguretat del pacient.

* Consentiment informat escrit del pacient per a l'ús de dades.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁNEZ
LETICIA GALLARDO BUENO

Contacte:
ehernandez.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_9983

Comunicació:
PÒSTER

Efectes clínics i ecogràfics de la intervenció integrada de Fisioteràpia i Medicina de Família sobre la fragilitat i la sarcopènia a l'Atenció Primària

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Inestabilitat de la marxa i debilitat progressiva.

Història clínica: Home de 72 anys amb comorbiditats i polifarmàcia amb deteriorament funcional accelerat, pèrdua d'autonomia i dependència per a activitats bàsiques per debilitat progressiva.

Enfocament individual

Antecedents personals: Malaltia de Parkinson, diabetis mellitus tipus 2, fibril·lació auricular anticoagulada, apnea del son, trastorn ansios-depressiu i polineuropatia diabètica. Patologia podològica associada. **Exploració física:** Bradicnèsia, rigidesa, alteració postural i signes de sarcopènia.

Proves complementàries

Revisió de polifarmàcia. Avaluació funcional: Barthel Index 75 (dependència moderada), EuroQol-5D (afectació moderada) i Short Physical Performance Battery = 4. **Ecografia del recte femoral al punt d'atenció amb mides de massa muscular i valoració d'estructura muscular qualitativa:** Àrea inicial esquerra/dreta 6,37–7,63 cm², gruix muscular 1,75/1,72 cm i gruix del teixit cel·lular subcutani 0,70/0,72 cm. No mioesteatosi.

Judici clínic: Alteració de la marxa en el context de sarcopènia i fragilitat multifactorial.

Diagnòstic diferencial: Causes musculoesquelètiques, neurològiques, cardiovasculars, farmacològiques i metabòliques.

Tractament i plans d'actuació: Intervenció multidisciplinària durant 10 setmanes amb optimització mèdico-farmacològica, suport nutricional i emocional i fisioteràpia estructurada.

Evolució: Millora funcional significativa amb increment del Short Physical Performance Battery de 4 a 9 punts. Augment de magnitud de l'àrea muscular esquerra/dreta (6,42–7,87 cm²) del gruix del recte femoral (1,9/1,8 cm) i del gruix del teixit cel·lular subcutani (0,66/0,77 cm). Aquests canvis es confirmen i correlacionen amb bioimpedància.

Conclusions i aplicabilitat: La millora funcional es correlaciona amb canvis ecogràfics, evidenciant recuperació multidimensional. L'ecografia muscular és una eina útil tant per al diagnòstic com per al seguiment de la sarcopènia en atenció primària, amb impacte en la reducció de caigudes i dependència. L'ecografia muscular transforma la sarcopènia d'un diagnòstic clínic a un procés objectivable, monitoritzable i potencialment reversible.

* Consentiment informat escrit del pacient per a l'ús de dades.

REBECA RODRÍGUEZ CORBATÓN
TERESA JOVE MARTÍNEZ
ALBERT FERNÁNDEZ BORRERO
CLAUDIA PATRICIA VÁSQUEZ TUESTA
MARIA ISABEL GRACIA VILAS
CARMEN MARCO LEÓN

Contacte:
rrodriguezc.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_9984

Comunicació:
PÒSTER

Atenció multidisciplinària en l'ús de l'ecògraf a la consulta d'Atenció Primària

Àmbit del cas: Consulta d'atenció primària d'infermeria i medicina en una ciutat.

Motiu de consulta: Dona de 69 anys que ve a consulta seguint d'infermeria on explica que des de fa 3 mesos presenta dispnea progressiva, actualment dispnea a petits esforços i augment de pes.

Història clínica

Anamnesi: Antecedents patològics: Insuficiència Cardíaca Dreta /Hipertensió Pulmonar /Diabetis mellitus. Tipus II/ Fibril·lació auricular/Hipercolesterolèmia i Obesitat Mòrbida.

Exploració física: Saturació 90%; tensió arterial 128/76; freqüència cardíaca: 99x'; Pes 139 quilograms (fa uns mesos: 129 quilograms) índex de massa corporal 49,57; anasarca, distensió abdominal, Ortopnea.

Proves complementàries: Es realitza Ecografia Pulmonar i Abdominal. Ecografia pulmonar: més de dues àrees amb més de 3 línies B, vessament pleural bilateral. Ecografia abdominal: ascites. Auscultació Pulmonar. Tons arrítmics, sense bufs, crepitants bibasals. Anàlisi sanguínia: B NT- Propèptid natriurètic tipus B:1359 pg/mL

Judici clínic/Diagnòstic /Identificació de problemes: Agudització patologia de base, diagnòstic: Anasarca secundària a Insuficiència cardíaca.

Pla actuació i tractament: Decidim derivació a urgències hospitalàries per valoració i maneig.

Evolució: En l'ingrés hospitalari s'estabilitza a la pacient, evolució favorable amb tractament hipertònic i furosemida. Alta hospitalària amb ajust del tractament de base. Pes de 104 quilograms, saturació basal de 96%, oxigenoteràpia domiciliària. Seguiment programat amb la Unitat d'Insuficiència Cardíaca, on s'indica tractament depletiu indefinit

Conclusions i aplicabilitat a l'Atenció Primària: L'ús de l'ecografia clínica a l'atenció primària, tant en infermeria com en medicina, ha esdevingut una eina de gran valor. Facilita la millora de la nostra capacitat diagnòstica i així prendre les millors decisions per al pacient amb garanties. L'ús de l'ecògraf optimitza el maneig de pacients complexos. Tot i que no substitueix l'ecografia especialitzada, el seu ús en el nostre entorn assistencial ha transformat la manera com abordem situacions clíniques com aquesta.

ALBERT FERNÁNDEZ BORRIGUERO
MAITE CASTAÑ ABAD
ANA KARINA INGA MOGROVEJO
REBECA RODRÍGUEZ CORBATÓN
ALBA GASCÓN GIMÉNEZ
LLUC MARTÍN ANTÒ

Contacte:
alfernandez.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
rrodriguez.ileida.ics@gencat.cat

Comunicació:
PÒSTER

Trombosi axil·lar

Motiu de Consulta: Es presenta el cas d'un home de 44 anys, fumador i amb lleu excés ponderal, que acudeix a una consulta d'atenció continuada d'un centre d'atenció primària per dolor agut i dificultat de moviment al braç esquerre d'una hora d'evolució.

Història clínica

Durant l'exploració física s'objectiva una marcada disminució de la temperatura del braç i de la mà, juntament amb l'absència de polsos a les artèries radial i humeral.

Es constata ecogràficament amb la manca de flux arterial en les artèries esmentades,

Judici Clínic: Davant la probable obstrucció d'una artèria de gran calibre, el pacient és derivat urgentment a l'hospital de referència, on les proves d'imatge i valoració vascular confirmen la presència d'una trombosi a l'artèria axil·lar esquerra, així com la coexistència de trombosi al caiat aòrtic i un trombe intracavitari a l'aurícula esquerra.

Tractaments: El pacient és sotmès a dues intervencions de tromboembolèctomia, que aconseguixen la restitució del flux arterial i la resolució completa de la simptomatologia isquèmica.

Evolució: Posteriorment es diagnostica una síndrome antifosfolípida, motiu pel qual es descoagula al pacient com a mesura de prevenció. L'evolució clínica és favorable, amb recuperació funcional del membre i sense noves complicacions trombòtiques.

Conclusions: Aquest cas posa en relleu el paper fonamental de l'ecografia clínica en l'àmbit de l'atenció primària, especialment en situacions de sospita d'isquèmia arterial. L'ecografia Doppler no només facilita una detecció ràpida i acurada de la manca de perfusió, sinó que també augmenta la seguretat diagnòstica del professional i afavoreix una derivació precoç i adequada a l'hospital, determinants per al pronòstic del pacient.

TOMÁS ANDRÉS COSTA
ILENA PINO
HÉCTOR PÉREZ

Contacte:
28399@cst.cat

Número de registre:
IICECOAP_10001

Comunicació:
PÒSTER

Ecografía osteomuscular y su ayuda en el abordaje diagnóstico

Àmbit de caso: Atención primaria.

Motivo de consulta: Dolor en la muñeca derecha.

Enfoque individual: Mujer de 60 años. Antecedentes: mordedura de perro en mano derecha, que cumplimentó tratamiento antibiótico hace cuatro días.

Enfermedad actual: Consulta por inflamación en cara anterior de muñeca y dolor en antebrazo de 24 hs de evolución. Niega traumatismos previos.

Exploración: BEG, afebril. ESD: Lesiones cutáneas por mordedura en palma de mano derecha en fase de cicatrización. Liger edema en cara anterior de muñeca, sin eritema ni aumento de temperatura local. Neurovascular distal correcto. Sin otros signos de infección local. Movilidad conservada, destaca dolor en antebrazo con la pronación.

Ecografía clínica: Se inicia exploración por barrido desde extremo proximal de antebrazo con sonda lineal, se objetiva en región anteromedial del antebrazo, imagen intramuscular de bordes irregulares y bien definidos, contenido heterogéneo de predominio hipocóico, sin movimiento interno, de dimensión transversal 2x1,5 cm. Sin captación de Doppler. Venas periféricas comprimibles.

Juicio clínico: Hematoma. Absceso. Miositis.

Tratamiento: Se prescribe analgesia a demanda, reposo relativo, control telefónico en 48 hs y control ecográfico en 10 días. Analítica sanguínea (coagulación, CK, hemograma y PCR). Signos de alarma.

Evolución: Valoración a los 2 días la paciente refiere aparición de hematoma subcutáneo con mejoría del dolor, sin otra clínica agregada. Posteriormente, a nivel ecográfico, cambio de ecogenicidad de la imagen a hipocóica con leve disminución de dimensiones. En el examen físico se evidencia hematoma subcutáneo en todo el antebrazo y mano derecha. Analítica sanguínea sin alteraciones relevantes.

Conclusiones: En este caso cabe destacar cómo un examen ecográfico sistemático del antebrazo permitió detectar el hallazgo de un hematoma intramuscular en contexto previo de una mordedura tratada previamente, siendo clave para diferenciar el hematoma de otras entidades como absceso o miositis activa. El seguimiento ecográfico evitó procedimientos invasivos innecesarios y confirmó la evolución favorable.

MARIA TERESA CASTAÑ ABAD
REBECA RODRÍGUEZ CORBATÓN
ALBA GASCÓN GIMÉNEZ
ANNA SABATÉ NAVARRO
LIDIA SANZ ZACAREZ
JOSEP MONTSERRAT CAPDEVILA

Contacte:
tcastan.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10003

Comunicació:
PÒSTER

Infiltració eco-guiada en omàlgia dreta: resolució d'un cas a AP

Pacient de 77 anys, amb FRCV i artrosi coneguda, que presenta omàlgia dreta de 3 mesos d'evolució, d'inici insidiós i sense traumatisme previ, irradiant-se el dolor cap a la part proximal del braç a la mobilització, amb una EVA inicial de 7-8 i dolor nocturn. A l'exploració presenta limitació de la mobilitat activa en abducció i rotació interna, amb test de Jove positiu, i dolor a la palpació anterolateral de l'espalla dreta. Es realitza radiografia de la mateixa espalla on s'objectiven signes d'artrosi i ecografia múscul-esquelètica on s'objectiva vessament peritendinós de la porció llarga del bíceps i trencament fibril·lar del tendó supraespinós amb disminució de la mida del propi tendó. L'orientació diagnòstica inicial és patologia degenerativa del manegot dels rotadors amb afectació del supraespinós i del tendó del bíceps. Les primeres setmanes s'inicia tractament conservador amb analgèsia via oral i rehabilitació amb grup de fisioteràpia del CAP. Davant la persistència de dolor passades les setmanes es va procedir a realitzar una infiltració ecoguiada del tendó supraespinós a la consulta d'Atenció Primària per part de la seva metgessa de família, els productes que es van utilitzar van ser acetònid de triamcinolona, sèrum fisiològic i anestèsic local.

La resolució del dolor i la millora de la mobilitat gràcies a la infiltració i la continuïtat de rehabilitació va ser de 3 mesos, per la qual cosa es planteja repetir el procediment en els propers mesos (màxim 3 infiltracions/any si es realitza amb corticoides).

CRISTINA CABECERANS BERTRAN

Contacte:
cabecertr@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10018

Comunicació:
PÒSTER

Hidronefrosi asimptomàtica detectada amb ecografia clínica a l'atenció primària com a marcador de patologia obstructiva rellevant

Introducció: L'ecografia clínica a l'atenció primària s'ha consolidat com una eina clau en l'avaluació de patologia urològica aguda, especialment en el context de sospita de còlic renal. No obstant això, també pot permetre la detecció de troballes incidentals amb rellevància clínica significativa.

Descripció del cas: Presentem el cas d'un pacient que consulta per dolor lumbar esquerre irradiat a fossa ilíaca dreta, compatible amb còlic renal. El quadre evoluciona favorablement amb resolució clínica. De forma diferida, es realitza ecografia abdominal al centre d'atenció primària, on s'objectiva hidronefrosi esquerra grau 2-3, amb absència de jet ureteral ipsilateral en estudi Doppler, tot i que el pacient es troba asimptomàtic en aquell moment.

Davant aquesta troballa, es deriva per estudi complementari amb tomografia computada abdominal, en la qual s'evidencia una lesió compatible amb probable neoplàsia ureteral com a causa obstructiva. El cas es troba actualment pendent d'estudi i confirmació diagnòstica.

Discussió: Aquest cas posa de manifest la utilitat de l'ecografia clínica més enllà del context agut, permetent identificar signes indirectes d'obstrucció urinària persistent com la hidronefrosi i l'absència de jet ureteral. La detecció d'aquestes troballes en pacients asimptomàtics pot ser clau per al diagnòstic precoç de patologia potencialment greu.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

ANNA SABATÉ NAVARRO
ANA INGA MOGROVEJO
ALBA IBARS CROUS
CLAUDIA VÁSQUEZ TUESTA
GISELA CEDEÑO LUNA
LAURA GARCÍA ESTEVE

Contacte:
asabate.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10021

Comunicació:
PÒSTER

Cel·lulitis associada a limfangitis

Pacient de 55 anys, que presenta febre de 39 graus d'inici sobtat associat a edema i dolor de cama dreta després d'un bany de mar. A l'exploració presenta una placa eritematosa i dolorosa de 35 cm a zona pretibial dreta, associada a cordó limfàtic eritematós fins a zona engonal. Homans negatiu. Realitzem ecografia vascular, es descarten trombes a venes poplítees i femoral dretes, s'aprecia adenopatia reactiva engonal superior a 5 centímetres. Es realitza anàlisi amb PCR (53), hemograma i bioquímica normals, dímers D discretament augmentats. Cultiu bacteriològic de la ferida essent negatiu. Es realitza consulta a dermatologia. Amb els resultats obtinguts i l'ajuda de les proves diagnòstiques es decideix iniciar des de la nostra consulta tractament antibiòtic amb amoxicil·lina/clavulànic, heparina profilàctica, fomentos amb permanganat de potassi (1:10.000), corticoides orals per antecedent de bany al mar. El pacient presenta una evolució favorable, es realitza una segona determinació de PCR on s'aprecia una disminució d'aquesta (5,8) i dels dímers D.

Mentre esperàvem resposta del dermatòleg vam realitzar aquest tractament descartant la trombosi venosa profunda, i pensant en cel·lulitis, picada d'insecte amb resposta d'hipersensibilitat o vasculitis.

En quatre dies el pacient estava afebril, i a les tres setmanes amb el tractament pautat i amb la mitja de compressió va desaparèixer la ferida a la cama, el cordó limfàtic i l'edema.

La resposta del dermatòleg va ser vasculitis.

El fet de disposar d'ecògraf a la nostra consulta va ajudar a descartar complicacions greus vasculars que podrien agreujar el quadre.

MARIBEL GRACIA VILAS
M^a TERESA CASTAÑ ABAD
ALBA IBARS CROUS
LIDIA SANZ ZACAREZ
REBECA RODRÍGUEZ CORBATÓN
GISELA CEDEÑO LUNA

Contacte:
mgracia.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10066

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, tinc la panxa dura...

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Induració a la regió de la cicatriu laparotòmica.

Història clínica

Dona de 66 anys consulta per induració a la regió de la cicatriu de laparotomia. Com antecedents quirúrgics refereix annexectomia dreta per tumoració amb resultat de la biòpsia de fibroma ovàric de 22 cm de diàmetre. Posteriorment és reintervinguda per eventració mitjançant la col·locació d'una malla protèsica.

A l'exploració física abdominal no hi ha signes d'infecció, però comenta dolor a la palpació en la zona de la reparació. Nega febre.

Es realitza ecografia clínica a la consulta: No s'observen hèrniies de paret. Imatge d'aspecte hipocogènic, de marges ben definits, i forma ovalada subcutània, amb tabics al seu interior, no vascularitzada. Informen el TAC d'abdomen: seroma subcutani de 9 x 18 x 18 cm (AP x LL x CC). Es deriva al servei de cirurgia per seguiment.

Judici clínic: Seroma subcutani postquirúrgic.

Diagnòstic diferencial: Seroma. Hematoma. Abscés. Recidiva de l'eventració.

Tractament i plans d'actuació: Després de tractament conservador i conducta expectant amb controls ecogràfics i davant la persistència del seroma, es decideix aspiracions amb agulla repetides, i finalment tractament quirúrgic.

Conclusions: El metge de família té un paper fonamental en la detecció precoç de complicacions després de la reparació d'eventració amb malla, ja que poden aparèixer de forma progressiva i continua durant anys amb la necessitat d'explantació de la malla. Davant sospita de complicació, les proves d'imatge com l'ecografia a la consulta d'atenció primària són fonamentals per detectar seromes, hematomes, abscessos i recidives.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁNEZ
LETICIA GALLARDO BUENO
CARME SAPERAS PÉREZ

Contacte:
ehernandez.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10087

Comunicació:
PÒSTER

Efectes i correlació clínica i ecogràfica d'una intervenció integrada de Fisioteràpia i Medicina de Família sobre fragilitat i sarcopènia en Atenció Primària

Introducció: L'envelliment afavoreix la fragilitat, associada a major discapacitat i mortalitat, on la sarcopènia té un paper central. L'ecografia musculoesquelètica és accessible i fiable per avaluar la massa i qualitat muscular, tot i la poca evidència sobre el seu ús en el seguiment d'intervencions. L'estudi avalua si una intervenció integral de nutrició i fisioteràpia en persones fràgils majors de 65 anys no institucionalitzades millora la funcionalitat i els paràmetres musculars ecogràfics.

Objectius:

- Avaluar de manera integral l'estat funcional dels pacients en els àmbits físic, cognitiu i emocional.
- Comparar l'eficàcia del tractament convencional (farmacològic i educació sanitària) amb la del tractament convencional complementat amb una intervenció especialitzada de fisioteràpia.

Metodologia:

- Disseny: Assaig clínic controlat amb dos grups.
- Seguiment longitudinal de 10 setmanes per avaluar l'efecte d'una intervenció integral amb fisioteràpia presencial sobre la capacitat funcional i els paràmetres ecogràfics del recte femoral, comparada amb una intervenció que consisteix en tractament convencional. Intervenció multidisciplinària.
- Àmbit: Atenció Primària.
- Població: Majors de 65 anys amb diagnòstic de fragilitat no institucionalitzats.
- Criteris de selecció: D'inclusió i exclusió específics.
- Variables: Qualitat de vida, fragilitat, bioimpedància, paràmetres ecogràfics, sociodemogràfics i dades clíniques.
- Mètodes d'anàlisi: Metodologia estadística comparativa amb valors pre i postintervenció (t-student). Significació $p < 0,05$. Mostra: 75 pacients.

Resultats esperats: Els pacients amb fragilitat als quals s'aplica la intervenció de fisioteràpia ambulatoria juntament amb intervencions estàndard milloren funcionalment així com els paràmetres ecogràfics i de bioimpedància.

Conclusions: Es busca demostrar que una intervenció coordinada pot millorar tant la capacitat funcional i la qualitat de vida com els paràmetres musculars ecogràfics, contribuint a validar l'ús de l'ecografia com a eina de seguiment clínic i d'avaluació d'intervencions geriàtriques. Això pot generar evidència sobre l'impacte d'una intervenció integral en pacients fràgils no institucionalitzats, a diferència d'altres treballs centrats en establir punts de tall per a la sarcopènia.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPÁNEZ
LETICIA GALLARDO BUENO
CARME SAPERAS PÉREZ

Contacte:
ehernandez.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10089

Comunicació:
PÒSTER

Ús de l'ecografia clínica a les consultes d'Atenció Primària i el seu impacte en la presa de decisions clíniques: Estudi descriptiu

Introducció: L'ecografia clínica (EC) al punt d'atenció és una eina complementària amb potencial per augmentar la capacitat resolutiva de l'Atenció Primària (AP). Tot i la seva incorporació progressiva, l'evidència sobre el seu ús integrat en la consulta habitual i el seu impacte en la presa de decisions clíniques continua sent limitada.

Objectius: Objectiu principal: Descriure l'ús de l'EC en consultes habituals d'AP per respondre preguntes clíniques no resolubles únicament amb l'anamnesi i l'exploració física. Objectius secundaris: Descriure indicacions i tipus d'exploracions. Analitzar l'impacte diagnòstic i terapèutic. Avaluar derivacions i proves complementàries. Analitzar la factibilitat temporal.

Metodologia:

- Disseny: Estudi observacional descriptiu prospectiu.
- Àmbit: Atenció Primària.
- Població d'estudi: Pacients majors de quinze anys atesos en consulta habitual en els quals el metge de família realitzi EC per respondre una pregunta clínica amb finalitat diagnòstica, terapèutica o pal·liativa.
- Criteris de selecció: Mostreig consecutiu durant 6-12 mesos amb consentiment informat.
- Variables: Tipus i indicació de l'EC, troballes ecogràfiques, impacte en la decisió clínica, diagnòstic final, temps addicional de consulta, derivacions, proves complementàries, variables clíniques i sociodemogràfiques.
- Anàlisi: Estadística descriptiva amb freqüències, percentatges i mesures de tendència central. Es calcularan intervals de confiança del 95% i es faran anàlisis exploratòries (χ^2 i t de Student), amb $p < 0,05$.

Resultats: S'espera que l'EC millori la precisió diagnòstica i la presa de decisions en temps real, augmenti la capacitat resolutiva del metge de família i optimitzi derivacions i proves complementàries.

Conclusions: Aquest estudi aportarà evidència sobre l'impacte clínic i organitzatiu de l'EC en condicions reals de pràctica assistencial a l'AP. La seva integració podria afavorir una atenció més resolutiva, eficient i centrada en el pacient, amb capacitat per modificar el maneig clínic i optimitzar circuits assistencials. Els resultats poden orientar futures estratègies formatives i organitzatives per a la implementació efectiva de l'EC en Atenció Primària.

JUAN TONY TIRADO GIL
ANA KARINA INGA MOGROVEJO
JOSEP XAVIER ICHART TOMAS

Contacte:
jtirado.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10093

Comunicació:
PÒSTER

POCUS en Urgencias de Atención Primaria: Una herramienta para reducir la iatrogenia y promover la prevención cuaternaria

Ámbito del caso: CUAP

Motivo de consulta: Disnea

Historia clínica

Paciente masculino de 70 años, fumador, con antecedentes de EPOC GOLD 4, acude por disnea de cinco días de evolución, acompañada de tos con expectoración, afebril, sin causa aparente ni contexto epidemiológico, con empeoramiento en las últimas horas. A la exploración presenta taquipnea (SatO₂ 80% con FiO₂ 0.21% i FR 26), uso de musculatura accesoria e hipoventilación en hemitórax izquierdo. Se inicia tratamiento con oxígeno, broncodilatador y corticoide; se activa SEM. A su llegada se plantea iniciar VMNI por claudicación respiratoria. Se decide antes de iniciarla se realiza ecografía pulmonar (POCUS), evidenciándose ausencia de deslizamiento pleural en el hemitórax izquierdo. Ante sospecha de neumotórax se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: Exacerbación de EPOC, tromboembolismo pulmonar, infección respiratoria, neumotórax.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumotórax espontáneo. Tratamiento y planes de actuación: Estabilización con oxígeno a altas dosis y traslado al Servicio de Urgencias.

Evolución: En urgencias se coloca drenaje de Tórax y se decide ingreso en UCI con evolución favorable y posterior con resolución del neumotórax.

Conclusiones y aplicabilidad para Atención Primaria: Este caso evidencia el valor de POCUS en Urgencias de Atención Primaria como herramienta clave para el diagnóstico etiológico inmediato de la insuficiencia respiratoria aguda. Su utilización permitió identificar precozmente un neumotórax, evitando la instauración de ventilación mecánica no invasiva, potencialmente perjudicial en este contexto, reduciendo así el riesgo de iatrogenia. Asimismo, optimizó la toma de decisiones clínicas y los tiempos de intervención, favoreciendo una actuación dirigida, segura y eficiente. Así pues el POCUS se consolida como un recurso esencial en la práctica urgente, compartiendo los principios de la prevención cuaternaria y orientado a una atención más prudente y centrada en el paciente.

ANA KARINA INGA MOGROVEJO
JUAN TONY TIRADO GIL
JOSEP XAVIER ICHART TOMAS

Contacte:
aingal.leida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10094

Comunicació:
PÒSTER

No todo es EPOC: POCUS al rescate de una disnea con sorpresa

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Disnea progresiva de 24 horas tras alta hospitalaria reciente.

Historia clínica

Varón de 75 años con hipertensión arterial y EPOC. Alta 48 horas antes tras ingreso de 7 días por infección respiratoria por virus respiratorio sincitial. Consulta por disnea progresiva, sin fiebre ni otros síntomas infecciosos.

Exploración física: Paciente hemodinámicamente estable, afebril y disnea de medianos esfuerzos. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes.

Pruebas complementarias (POCUS):

- Ecografía pulmonar: alguna línea B aislada en ambos campos pulmonares. Sliding pleural bilateral.
- Ecocardiografía: dilatación e hipocinesia marcada del ventrículo derecho, aplanamiento septal, signo de McConnell+. VCI 2.9 cm que no colapsa con la inspiración.
- Ecografía venosa EEI: trombo en vena femoral común que oblitera prácticamente el total de la luz vascular, no compresible.

Diagnóstico diferencial: reagudización de EPOC, secuelas infecciosas, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar.

Juicio clínico: Alta sospecha de enfermedad tromboembólica venosa en contexto de reciente ingreso.

Plan: Derivación urgente hospitalaria.

Evolución: Confirmación de trombosis venosa profunda, TEP con AngioTAC pulmonar e inicio de anticoagulación.

Conclusiones y aplicabilidad en Atención Primaria: La disnea tras un alta hospitalaria reciente debe hacer sospechar enfermedad tromboembólica, incluso con exploración física anodina. El uso de POCUS en Atención Primaria permite integrar en tiempo real hallazgos pulmonares, cardíacos y venosos, aumentando la probabilidad diagnóstica sin demoras. La identificación de signos de sobrecarga del ventrículo derecho y trombosis venosa profunda orienta de forma decisiva la sospecha de tromboembolismo pulmonar y justifica una derivación urgente adecuada. Su implementación sistemática mejora la seguridad clínica, optimiza la toma de decisiones y contribuye a la prevención cuaternaria al evitar pruebas innecesarias y retrasos diagnósticos potencialmente graves.

ANA KARINA INGA MOGROVEJO

Contacte:

aininga.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:

IIICEOAP_10096

Comunicació:

PÒSTER

Cribado ecográfico del aneurisma de aorta abdominal en atención primaria y su asociación con factores de riesgo cardiovascular

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una patología potencialmente mortal cuya rotura se asocia a elevada mortalidad. La mayoría de los casos son asintomáticos y la detección precoz mediante ecografía abdominal puede reducir complicaciones y mortalidad. Su prevalencia aumenta con la edad y se relaciona con factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

Objetivos: Determinar la prevalencia de AAA mediante cribado ecográfico en atención primaria en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y analizar su asociación con hipercolesterolemia y otros factores relacionados.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en atención primaria durante 12 meses. Se incluirán varones de 65-75 años con antecedente de factor de riesgo cardiovascular y fumadores y mujeres mayores de 65 años. Se realizará ecografía abdominal con medición del diámetro máximo anteroposterior de la aorta abdominal, definiendo AAA como diámetro ≥ 30 mm. Se recogerán variables clínicas y analíticas: edad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, índice de masa corporal, antecedentes familiares, hipercolesterolemia y uso de estatinas. Se realizará análisis descriptivo, bivariado y multivariado mediante regresión logística.

Resultados y conclusiones: Se espera identificar una prevalencia significativa de AAA en población de riesgo atendida en atención primaria y una asociación relevante con factores cardiovasculares, especialmente tabaquismo e hipercolesterolemia. El proyecto pretende demostrar la viabilidad y utilidad del cribado ecográfico realizado en atención primaria como herramienta accesible, segura y coste-efectiva para la detección precoz del AAA. Además, los resultados podrían optimizar la selección de pacientes candidatos a cribado, reforzar el papel de la ecografía clínica en consulta y aportar datos epidemiológicos locales útiles para futuras estrategias preventivas y programas de cribado dirigidos a población de alto riesgo.

THAIS SERRÀ RIGOL
NÚRIA CAMPRODÓN TUNEU
LAIA FRANQUESA SALA
NÚRIA CALONGE CALZADILLA
LÍDIA COLOMBO GASCO
NÚRIA ERRA YUSTE

Contacte:

thaiserrarigol@gmail.com

Número de registre:

IIICEOAP_10101

Comunicació:

PÒSTER

Ruptures tendinoses: Valor ecogràfic

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Dolor i inflor al genoll esquerre, amb dificultat per a la marxa.

Història clínica

Sis setmanes abans de la visita al CAP, el pacient pateix una caiguda per les escales amb una flexió forçada del genoll esquerre, moment en què percep un espetec. Acudeix dues vegades a Urgències, on s'interpreta el quadre com una possible ruptura fibril·lar del múscul quàdriceps, però no se li realitza cap prova complementària. Reconsulta per dolor i impotència funcional.

Enfocament individual: A l'exploració física es detecta tumefacció suprarotuliana, impossibilitat de realitzar l'extensió activa, signe de la destrallada positiu i ròtula baixa. La radiografia no mostra lesions òssies agudes. L'ecografia clínica revela múltiples imatges hiperecogèniques amb ombra posterior compatibles amb calcificacions a nivell suprarotulià, degeneració del tendó quadricipital amb interrupció del patró fibril·lar típic i presència de vessament articular.

Judici clínic: Davant la sospita de ruptura traumàtica en evolució del tendó del quàdriceps, es deriva el pacient a Urgències de Traumatologia, on se li practica una artrocentesi i es col·loca una ortesi. La ressonància magnètica confirma la ruptura tendinosa.

Cal fer diagnòstic diferencial amb ruptura del tendó rotulià, luxació o fractura de ròtula i lesions musculars del quàdriceps.

Tractament i plans d'actuació: Una setmana més tard s'intervé quirúrgicament amb reinserció del tendó a ròtula, genollera en extensió i un mes més tard, inici de la rehabilitació.

Conclusions: El pacient s'hauria pogut beneficiar d'un tractament més precoç si s'hagués utilitzat l'ecografia clínica en la primera exploració al servei d'Urgències. Davant de dubtes diagnòstics, l'ecografia clínica resulta determinant per confirmar el diagnòstic i permetre l'inici d'un tractament ràpid i adequat. Cada vegada més, l'ús sistemàtic de l'ecografia clínica es consolida com una eina essencial en la consulta diària.

ELISABETH HERNÁNDEZ ALPAÑEZ
PERE GUIRADO VILA

Contacte:
delegadablumep5b@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10104

Comunicació:
PÒSTER

Dos casos de tumor desmoide a l'Atenció Primària i Comunitària: Del diagnòstic precoç amb ecografia clínica a la complicació greu

El tumor desmoide (fibromatosi de tipus desmoide) és una neoplàsia fibroblàstica localment agressiva, sense capacitat metastàtica, amb una incidència de 2-4 casos per milió d'habitants i any. Es presenta principalment en dones en edat fèrtil i té predilecció per la paret abdominal anterior. El diagnòstic és sovint tardà i el seu maneig és complex. Presentem dos casos clínics atesos en Atenció Primària amb manifestacions i evolució molt diferents: el primer, una dona de 46 anys amb un tumor desmoide voluminós del múscul recte abdominal dret tractat mitjançant crioablació guiada per TC que va presentar complicacions greus (abscess, fistula enterocutània) que van requerir cirurgia major; el segon, una noia de 19 anys amb un petit nòdul subcutani inicialment orientat com a quist epidèrmic i diagnosticat de fibromatosi desmoide per anatomia patològica després de l'exèresi quirúrgica. Ambdós casos il·lustren el repte diagnòstic d'aquesta entitat i la importància del seguiment multidisciplinari.

MARIBEL VILAS
TERESA JOVE MARTÍNEZ
PAOLA MEJIAS OCANDO
CLAUDIA PATRICIA VÁSQUEZ TUESTA
ALBA IBARS CROUS
LAURA GARCÍA ESTEVE

Contacte:
mgracia.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10106

Comunicació:
PÒSTER

Fa temps que orino sang després del gimnàs...

Àmbit del cas: Centre d'Atenció Primària.

Motiu de la consulta: Hematúria macroscòpica.

Història clínica

Home de 54 anys, fumador de 30 paquets/any, que consulta per síndrome del tracte urinari inferior de més de 6 mesos d'evolució, el darrer mes hematúria macroscòpica amb l'esforç. Com antecedent personal destaca Hipertròfia benigna de pròstata IPSS 9 i mala qualitat de vida. Donat l'alta sospita de neoplàsia de bufeta, atès a l'edat i el tabaquisme, es realitza estudi ecogràfic el mateix dia de la consulta. Informem: Ronyó dret de mida normal, el gruix cortical està conservat, sense èctasi del sistema excretor. No s'evidencien imatges de litiasi. Ronyó esquerre: de mida normal, el gruix cortical està conservat, sense èctasi del sistema excretor. No s'evidencien imatges de litiasi. Bufeta urinària ben distesa, de parets llises, dues litiasis intravesicals. Moderada hipertrofia prostàtica amb residu postmiccional significatiu. Jets vesicals presents i de característiques normals. Afortunadament, podem descartar una patologia més greu, fet que aporta alleujament tant al pacient com al metge.

Judici clínic: Litiasi vesical.

Diagnòstic diferencial: Tumor renal. Tumor vesical. Urolitiasi. Hiperplàsia benigna de pròstata. Hematúria induïda per l'exercici.

Tractament i plans d'actuació: El pacient es deriva al servei d'urologia i està pendent de tractament quirúrgic amb cistolitotrícia endoscòpica (transuretral).

Conclusions i aplicabilitat per a l'Atenció Primària: Els càlculs vesicals que es produeixen a la bufeta urinària (secundaris o primitius), en pacients amb HBP, es desenvolupen en el context d'estasi urinària deguda a l'obstrucció crònica, infeccions urinàries de repetició o disfuncions vesicals. L'ecografia a l'atenció primària és útil per orientar el diagnòstic inicial, donat que és un mètode innocu, econòmic i accessible que juntament amb una anamnesi dirigida proporciona alta rendibilitat a la consulta del metge de família.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

LIDIA COLOMBO GASCO
NÚRIA CAMRPODON TUNEU
THAÏS SERRÀ RIGOL
NÚRIA ERRA YUSTE
NÚRIA CALONGE CALZADILLA
JUDIT MUÑOZ FREIXER

Contacte:
lcolombo.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10107

Comunicació:
ORAL

Anàlisi dels motius de consulta que determinen l'ús d'ecografia clínica vs l'ecografia sistemàtica per part dels metges/esses d'Atenció Primària en pacients atesos en un àmbit rural

Introducció i objectius: L'ecografia s'ha consolidat com una eina diagnòstica clau a l'Atenció Primària (AP) per la seva seguretat i immediatesa. Tot i això, existeix variabilitat en la seva integració segons el context assistencial. Aquest estudi pretén definir els perfils d'ús de l'ecografia clínica i la sistemàtica per optimitzar la presa de decisions en l'àmbit rural.

Metodologia: Estudi observacional descriptiu i transversal en una Àrea Bàsica de Salut rural (n=72 exploracions). Les dades van ser registrades per set facultatius acreditats mitjançant una enquesta en línia durant un període d'un mes.

Resultats: La distribució entre ecografia clínica i sistemàtica va ser equivalent (n=36 per modalitat). Els pacients d'ecografia clínica van ser significativament més joves (49,6 vs. 59,9 anys; p=0,024). Es van identificar patrons d'ús diferenciats segons el motiu de consulta (p=0,001): la modalitat clínica es va prioritzar en patologia aguda, com la sospita de trombosi venosa profunda o retenció aguda d'orina, mentre que la sistemàtica es va centrar en hiperplàsia benigna de pròstata i patologia hepatobiliar o urològica no urgent. L'ecografia va confirmar el diagnòstic en el 56,9% dels casos i va permetre una resolució completa a l'AP del 62,5%. L'ecografia clínica es realitzava de forma immediata, mentre que la sistemàtica presentava un temps d'espera mitjà de 4,42 setmanes. La satisfacció professional va ser molt elevada (9,43/10), malgrat una major percepció de càrrega assistencial associada a la tècnica clínica (p=0,024).

Conclusions: L'ecografia a l'AP rural s'especialitza segons el perfil del pacient i la urgència. L'elevada capacitat resolutiva demostrada confirma la utilitat d'ambdues modalitats com a eines complementàries per evitar derivacions innecessàries. L'èxit de la seva implementació depèn de la disponibilitat immediata dels equips ecogràfics i d'una gestió eficient del temps assistencial.

DANIEL MORELL MIRANDA
MARÍA ÀNGELES ROMERO RUIZ
ANNA SEDÓ PORCEL
TERESA BORDELL I SIERRA

Contacte:
danimorellmiranda@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10113

Comunicació:
PÒSTER

Schwannoma abdominal

Pacient de 54 anys que consulta al seu metge d'Atenció Primària per augment progressiu del perímetre abdominal de llarga evolució, més evident en els darrers mesos. No presenta cap clínica acompanyant significativa. A l'exploració física destaca una dubtosa palpació de massa infraumbilical.

Es realitza ecografia clínica, on s'aprecia una imatge nodular de contorns llisos, amb contingut sòlid-líquid de 19 cm de diàmetre intraabdominal. S'activa el circuit de diagnòstic ràpid i es demana una tomografia computada, que es realitza en menys d'una setmana. Aquesta confirma una tumoració abdominal i informa de sarcoma com a diagnòstic de presumpció. El pacient és intervingut en menys d'un mes, obtenint-se com a resultat de l'anatomia patològica un schwannoma cel·lular sense extensió.

La disponibilitat i l'ús de l'ecografia clínica per part del metge de família es mostren determinants per a la pràctica assistencial, ja que permeten una orientació diagnòstica immediata en el mateix acte clínic, en ocasions amb una resolució comparable a altres proves d'imatge. Aquest enfocament facilita una clara reducció dels temps diagnòstics, optimitzant el circuit assistencial i afavorint un accés més ràpid a proves de major complexitat. Això repercuteix directament en la possibilitat d'establir un diagnòstic definitiu de manera precoç i iniciar el tractament adequat en un interval de temps més curt.

Aquest cas posa de manifest el paper clau de l'ecografia com a eina accessible, resolutiva i eficient dins de l'Atenció Primària. La seva integració en la pràctica habitual del metge de família millora la capacitat diagnòstica i contribueix a una major celeritat en la presa de decisions clíniques, així com a una millora del pronòstic.

En conclusió, l'ecografia clínica es consolida com un recurs essencial per a una atenció més resolutiva, eficient i centrada en el pacient.

LIDIA COLOMBO GASCO
NÚRIA CAMPRODON TUNEU
THAÏS SERRÀ RIGOL
LAIA FRANQUESA SALA
NÚRIA CALONGE CALZADILLA
JUDIT MUÑOZ FREIXER

Contacte:
lcolombo.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10115

Comunicació:
PÒSTER

L'halo que evita la ceguesa: diagnòstic precoç d'arteritis de cèl·lules gegants (ACG) mitjançant ecografia Doppler a l'Atenció Primària

Àmbit del cas: Atenció Primària rural.

Motiu de consulta: Home de 62 anys que consulta per clínica d'un mes d'evolució consistent en cefalea temporal i orbitària dreta d'intensitat moderada, hipersensibilitat del cuir cabellut, claudicació mandibular i episodis de visió borrosa.

Història clínica

Com a antecedents destaca hipertensió arterial (HTA), dislipèmia (DLP), trombosi venosa profunda (TVP) i diabetis mellitus tipus 2 (DM2) amb mal control metabòlic amb hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 11%. Havia presentat recentment un ictus isquèmic frontal dret. A l'exploració física s'observa artèria temporal dreta indurada, tortuosa, dolorosa i amb absència de pols distal. L'analítica mostra velocitat de sedimentació globular (VSG) de 55 mm/h i proteïna C reactiva (PCR) de 4,7 mg/dL. A la consulta d'Atenció Primària es realitza ecografia Doppler de l'artèria temporal dreta, evidenciant un halo hipoecogènic circumferencial no compressible, altament suggestiu d'arteritis de cèl·lules gegants.

Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes: S'orienta com a probable arteritis de cèl·lules gegants. Es planteja diagnòstic diferencial amb cefalea postictus, neuropatia òptica isquèmica i patologia temporomandibular. El mal control glucèmic condiciona l'inici immediat de corticoteràpia a dosis altes.

Tractament, plans d'actuació i evolució: S'inicia tractament simptomàtic per al control del dolor. La troballa ecogràfica va motivar la derivació preferent a Medicina Interna per ampliació d'estudi, confirmació diagnòstica i valoració de tractament immunosuppressor.

Conclusions: L'ecografia Doppler a l'Atenció Primària permet identificar de forma precoç signes suggestius d'arteritis de cèl·lules gegants, facilitant una derivació urgent i disminuint el risc de complicacions isquèmiques irreversibles. Aquest cas reforça el valor de l'ecografia clínica com a eina resolutiva en l'abordatge de cefalees d'alt risc des de l'àmbit comunitari.

NÚRIA CAMPRODON TUNEU
LIDIA COLOMBO GASCO
THAÏS SERRÀ RIGOL
LAIA FRANQUESA SALA
NÚRIA ERRA YUSTE
NÚRIA CALONGE CALZADILLA

Contacte:
ncamprodon.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10116

Comunicació:
PÒSTER

De les fotòpsies i midesòpsies a la certesa visual

Àmbit del cas: Atenció Primària, àmbit rural.

Motiu de consulta: Dona de 72 anys que consulta per aparició aguda des de fa 7 dies de midesòpsies i fotòpsies l'ull esquerre sense pèrdua de l'agudesia visual ni dolor. No refereix antecedent de traumatisme.

Història clínica

Com a antecedents destaca acondroplàsia i hipertensió arterial en tractament farmacològic. A l'ecografia clínica ocular de l'ull esquerre s'observa una fina línia longitudinal ondulada flotant a l'espai vitri posterior que es desplaça amb els moviments oculars.

Judici clínic: s'orienta com a probable desprendiment de vitri posterior (DVP). Es planteja el diagnòstic diferencial amb afectació de retina i complicació hemorràgica.

Tractament i pla d'actuació: es deriva per avaluació diferida urgent l'endemà el matí per oftalmologia. El fons d'ull amb oftalmoscòpia indirecta confirma el diagnòstic de DVP al pol posterior i perifèria de l'ull esquerre amb retina aplicada.

Evolució: en la visita de control oftalmològic, després d'unes setmanes de repòs relatiu, no s'observen lesions oculars.

Conclusions (i aplicabilitat per a la Medicina de Família): la realització d'ecografia ocular és especialment útil en l'àmbit rural, on l'atenció oftalmològica urgent a l'hospital comarcal només està disponible als matins dels dies laborals. Aquesta tècnica permet descartar patologies que requereixen una atenció immediata, com ara el desprendiment de retina, reduint la incertesa diagnòstica i evitant trasllats i desplaçaments innecessaris a hospitals de tercer nivell.

NÚRIA CAMPRODON TUNEU
THAIS SERRÀ RIGOL
LIDIA COLOMBO GASCO
LAIA FRANQUESA SALA
NÚRIA ERRA YUSTE
NÚRIA CALONGE CALZADILLA

Contacte:
ncamprodon.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10117

Comunicació:
PÒSTER

Més enllà de la palpació abdominal: nous diagnòstics amb l'ecografia clínica

Àmbit del cas: Atenció Primària, àmbit rural.

Motiu de consulta: Home de 72 anys que acudeix per creixement d'hemiabdomen dret des de fa 7 dies. No traumatisme.

Història clínica

Com antecedents destaca fibril·lació auricular anticoagulada amb acenocumarol i aneurisma aorta abdominal detectat al CAP intervingut.

A l'exploració física destaca pal·lidesa mucocutània. PA 134/80 mmHg, FC 85 bpm i INR 2,2 (3,6 fa 7 dies). A l'exploració abdominal s'observa una clara asimetria amb augment de volum de l'hemiabdomen dret. Al flanc dret es palpa una massa dolorosa de 10 cm, consistència pètria i marges regulars.

A l'ecografia clínica s'identifica massa ovalada d'ecoestructura heterogènia amb àrees hipoecoïques i anecoïques sense captació al Doppler color de 10 x 12 x 8 cm aprox, essent difícil la seva delimitació respecte estructures adjacents. No s'observa líquid lliure intraabdominal.

Judici clínic: Es planteja el diagnòstic diferencial de tumoració abdominal vs complicació hemorràgica.

Tractament i pla d'actuació: Es deriva urgències d'hospital per realització d'anàlítica que mostra discreta anèmització i TAC abdominal, que confirma hematoma agut de 166 x 71 x 155 mm (volum 957ml) depenent dels músculs oblics intern i extern drets, amb possible extensió a múscul transvers dret, amb extravasació de contrast, compatible amb sagnat actiu.

Evolució: Es contacta amb servei d'angioradiologia de tercer nivell, recomanant reversió de l'anticoagulació amb vitamina K. El TAC control als 5 dies mostra hematoma de 60 x 140 x 122 mm (volum 537 mL, que representa disminució del 44 %) sense signes de sagnat actiu.

Conclusions: En un pacient anticoagulat amb una massa abdominal palpable, l'ecografia clínica orienta un nou diagnòstic diferencial potencialment greu que requereix tractament urgent i pot millorar la supervivència. No obstant, la valoració de la paret abdominal està limitada per la manca de formació específica.

ANNA MORETA ROVIRA
MARIUS FIGOLS PEDROSA
ANNA DARNES SURROCA
NÚRIA PRAT GIL
ENCARNA SÁNCHEZ FREIRE

Contacte:
amoreta.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10119

Comunicació:
PÒSTER

Point-of-Care Ultrasound: Disseny d'un model de futur per atenció primària

Introducció: El projecte sorgeix de la necessitat d'adaptar l'atenció primària a l'ús creixent de l'ecografia clínica. Davant l'evidència que el model actual basat en ecografies reglades, centralitzades i sovint desconnectades de la consulta clínica no resol les necessitats diagnòstiques ni optimitza recursos, es proposa un canvi cap a un model de Point-of-Care Ultrasound (POCUS). Aquest nou enfocament situa l'ecografia com una eina diagnòstica integrada en la consulta del professional i orientada a resoldre dubtes clínics concrets.

Objectius: L'objectiu principal és transformar l'aplicació de l'ecografia a l'atenció primària, dotant totes les consultes d'aparells portàtils i capacitant els professionals perquè utilitzin l'ecografia com una extensió natural de l'exploració física.

Materials i mètodes: L'anàlisi de les ecografies sol·licitades i realitzades ha permès evidenciar alguns aspectes a millorar, com la manca d'orientació diagnòstica clara en la sol·licitud de proves, l'increment de peticions des de primària i l'absència d'un impacte real en la reducció de proves hospitalàries.

El projecte inclou un nou model formatiu, estructurat, progressiu i acreditat, que garanteix competència i homogeneïtat. Formació teòrica de 130 hores: ecografia abdominal, renovesical, tiroide, múscul-esquelètica, vascular-TVP, parts toves i POCUS. Es realitza de manera descentralitzada per facilitar la participació i minimitzar l'impacte assistencial. Formació pràctica de 120 hores.

El projecte elimina les agendes d'ecografia reglada substituint-les per ecografia clínica integrada a la consulta en l'agenda diària del professional.

Resultats i conclusions: El projecte consolida la maduresa del model d'ecografia a l'atenció primària i permet una atenció més resolutiva, ràpida i satisfactòria per a pacients i professionals. A més, millora l'eficiència i redueix costos. El model formatiu garanteix seguretat clínica i competència, i l'experiència és plenament aplicable i escalable a altres territoris, basant-se en una dècada d'experiència prèvia i en l'evidència científica disponible

MARCO INZOLI
PERE GUIRADO VILA

Contacte:
marco.inzoli89@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10120

Comunicació:
PÒSTER

Trombosi venosa profunda braquial postprocediment en pacient jove

Introducció: La trombosi venosa profunda (TVP) de l'extremitat superior (UEDVT) és una entitat poc freqüent (4-10% de totes les TVP). Presentem un cas inusual en pacient jove post-colonoscòpia amb sedació amb propofol.

Cas clínic: Home de 28 anys sense factors de risc clàssics. Desenvolupa TVP braquial aguda a l'extremitat superior dreta després de colonoscòpia (propofol, 5 intents de punció). Clínica: dolor, edema i limitació funcional. Eco-Doppler confirma TVP braquial.

Discussió: Diagnòstic diferencial entre TVP post-punció múltiple i TVP induïda per propofol (sistema cal-licreïna-cinina, dany endotelial). Tractament: Anticoagulació sistèmica 3 mesos + estudi de trombofília (pacient jove).

LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
LISSET SILVIA CASTRO BRAVO
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
lindianaflloresmartinez@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10121

Comunicació:
PÒSTER

El Gran Simulador Pediàtric: Cuando el Apéndice Juega a ser Gastroenteritis

Àmbit del cas: Centro de Atención Primaria.

Motivo de la consulta: Dolor abdominal progresivo de 15 horas de evolución.

Anamnesis: Varón de 8 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor en fosa ilíaca derecha (FID) sin mejoría tras paracetamol. Asocia náuseas, cuatro vómitos alimentarios y febrícula intermitente.

Exploración física y pruebas complementarias: Temperatura 37.5 °C y frecuencia cardíaca 113 lpm. Abdomen blando, doloroso en FID con signos de irritación peritoneal local (McBurney, Dunphy y Psoas positivos). Ante la sospecha clínica, se realiza ecografía clínica (POCUS) abdominal con sonda lineal. Se identifica en FID una estructura en "diana" con círculos concéntricos de 8 mm de diámetro, hiperecogenicidad de la grasa perilesional, aperistáltica y no compresible, asociando discreto líquido libre y dolor selectivo a la sonopalpación.

Orientación diagnòstica: Sospecha de apendicitis aguda mediante hallazgos ecográficos directos.

Diagnòstico diferencial: Adenitis mesentérica, gastroenteritis aguda, invaginación intestinal, infección urinaria y estreñimiento funcional.

Tratamiento/evolució: Derivación urgente a hospital de referencia gracias a los hallazgos de la POCUS. Analítica hospitalaria con leucocitosis ($19.16 \times 10^9/L$, neutrofilia 91.3%) y PCR 18.43 mg/L. La ecografía hospitalaria confirmó el diagnóstico inicial. Se realizó apendicectomía urgente sin complicaciones postoperatorias.

Conclusió i aplicabilitat en la Atenció Primària: La apendicitis aguda es la causa quirúrgica más frecuente en pediatría, pero su diagnóstico inicial en Atención Primaria es complejo. En este caso, el uso de la POCUS fue determinante para identificar signos patognomónicos (diámetro >6 mm y no compresibilidad), permitiendo una orientación precoz. Su aplicabilidad es clave para agilizar la derivación, reducir la incertidumbre diagnòstica y disminuir las complicaciones derivadas del retraso quirúrgico en el primer nivel asistencial.

LAILA AL-JOUJA LLORENTE
MERITXELL TORRES MOLINÉ
LAURA GROS NAVAS
PILAR ESCUER MATEU
OSCAR VILLANUEVA TORRES

Contacte:
laljouja@gss.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10124

Comunicació:
PÒSTER

Ecografía clínica: Acercando el diagnóstico a la medicina rural

Varón de 82 años con antecedentes patológicos: diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, hipertensión arterial y sobrepeso. En tratamiento diario con tamsulosina 0.4 mg y amlodipino 5 mg.

En el análisis sanguíneo de control presenta un deterioro del filtrado glomerular con un valor de 42 ml/min/1.73 m² en comparación con 69 ml/min/1.73 m² registrado seis meses antes.

Interrogando al paciente refiere un empeoramiento de la nicturia y polaquiuria en los últimos meses.

Se realiza una ecografía urológica durante la visita en el consultorio rural, donde se detecta una hidronefrosis grado 2-3 bilateral sin imágenes de litiasis, vejiga sin lesiones con un volumen premiccional de 581.55cc y postmiccional de 528cc, jets vesicales presentes y próstata con volumen de 54.96cc.

Ante estos resultados se hace una interconsulta con el servicio de urología que responde al día siguiente indicando la colocación de un sondaje vesical urgente y visita con ellos en menos de una semana.

Al final al paciente se le realizó una RTUp (resección transuretral prostática) de lóbulo medio y lateral izquierdo con buena evolución clínica y del filtrado glomerular (actualmente de 64 ml/min/1.73 m²).

La disponibilidad de un ecógrafo en la consulta de Atención Primaria, especialmente en el ámbito rural, mejora de manera significativa la accesibilidad de los pacientes al evitar los desplazamientos innecesarios fuera de su entorno habitual. Asimismo, permite una mejor precisión diagnóstica facilitando la toma de decisiones terapéuticas y/o realización de derivaciones oportunas con más agilidad. Este caso es ejemplo de una actuación inmediata y coordinada con el servicio de urología, redundando en un claro beneficio para el paciente, a quien además se le evita desplazamientos e implicación de terceros para llevarlos a cabo.

El paciente autoriza verbalmente para el uso de sus datos para esta presentación.

MERITXELL TORRES MOLINÉ
LAILA AL-JOUJA LLORENTE
PILAR ESCUER MATEU
OSCAR VILLANUEVA TORRES
LAURA GROS NAVAS

Contacte:
mtorres@gss.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10125

Comunicació:
PÒSTER

Ecografía clínica a la consulta rural: Millora en la presa de decisions

Nena de 5 anys amb trastorn de l'espectre autista grau 2, bronquitis agudes de repetició.

La mare consulta a l'atenció Continuada d'Atenció Primària perquè la pacient presenta febre a 38°C avui i empitjorament de la tos. Ja estava en tractament per bronquitis aguda amb salbutamol inhalat en càmera cada 8 hores i prednisolona via oral cada 12 hores.

A l'exploració: saturació d'oxigen 96%, eupneica, afebril, auscultació pulmonar amb algun crepitant aïllat en terç mig d'hemitòrax esquerra.

Es realitza una ecografia pulmonar amb la pacient en decúbit supí, amb una sonda lineal i preset superficial, on s'aprecia:

- Hemitòrax dret:
 - Àrea 4: 3 o menys línies B.
 - Àrea 9: més de tres línies B i C. Subpleurals.
 - Àrea 10: 3 o menys línies B.
- Hemitòrax esquerra:
 - Àrea 8: més de tres línies B i Condensació.
 - Àrea 11: 3 o menys línies B.
 - Àrea 12: més de tres línies B i Condensació.

Durant l'ecografia es visualitza petit vessament esquerre anecogènic.

Amb l'orientació diagnòstica de pneumònia, s'inicia tractament antibiòtic amb amoxicil·lina i es manté el tractament broncodilatador. Es recomana seguiment evolutiu amb pediatria.

En l'àmbit rural, atenem pacients adults i pediàtrics a la consulta d'Atenció Continuada. A més, en el nostre cas, per realitzar radiografies el pacient s'ha de desplaçar a un altre municipi (ja que no en disposem en el mateix centre). En canvi, disposem d'un ecògraf al consultori, que podem fer servir en casos com el que hem exposat, millorant la precisió diagnòstica, la resolució i l'accessibilitat.

L'ecografia clínica és una eina especialment útil en pediatria, podem evitar irradiació i té més sensibilitat que la radiografia en alguns casos (com la detecció de vessament pleural).

La mare autoritza verbalment l'ús de les dades per aquesta comunicació.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

TERESA JOVÉ MARTÍNEZ
GISELA CEDEÑO LUNA
LIDIA SANZ ZACAREZ
MARIBEL GRACIA VILAS
ALBA GASCON GIMÉNEZ
NEUS MIRÓ VALLVÉ

Contacte:
mtorejove@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10126

Comunicació:
PÒSTER

Tumor testicular

Motius de consulta: Massa testicular.

Home de 49 anys que consulta per una tumoració al testicle esquerre de 4 mesos d'evolució, acompanyada de dolor lleu. No altra clínica acompanyant.

Natural de Colòmbia. Viu amb la seva muller. Té una filla, sense més desig genèsic.

EF: Testicles: Esquerra: Tumoració indurada d'1-2 cm, mòbil, en pol inferior.

Es realitza Ecografia testicular a la consulta on s'objectiva tumoració extratesticular en la cua de l'epidídim, hiperecòica, no vascularitzada.

Judici clínic: Davant d'una tumoració en testicle s'ha de diferenciar entre neoplàsia intratesticular i extratesticular o altres lesions extratesticulars no tumorals com hidrocele, varicocele, quists de l'epidídim, de la túnica albugínia o espermatoceles.

Els tumors extratesticulars escrotals benignes són rars i el més freqüent és el tumor adenomatoide que es localitza sobretot a nivell de l'epidídim. És unilateral, ben delimitat i de 5 cm de diàmetre màxim amb ecogenicitat similar a la del testicle.

L'hidrocele és sol visualitzar com un espai lliure d'ecos. En el varicocele, s'observen múltiples estructures anecoïques, tortuoses de més de 2 mm que formen un complex amb múltiples quists en el pol superior testicular i el cap de l'epidídim.

Els quists testiculars de la túnica albugínia solen ser únics, uniloculats, ben delimitats i anecoïcs, tot i que també poden ser multiloculats.

Tractament i evolució: El pacient va ser derivat a Urologia on li van fer ecografia on es va confirmar un tumor extratesticular en la cua de l'epidídim compatible amb tumor adenomatoide. Es va realitzar analítica amb marcadors tumorals que van sortir dins de la normalitat. Actualment en seguiment.

Conclusions: Disposar de l'ecografia a la consulta va agilitzar el procés de diagnòstic. Va descartar un tumor intratesticular probablement maligne i això va disminuir la incertesa en el procés i va ajudar a disminuir la preocupació del pacient.

MERCEDES NAVARRO FERNÁNDEZ
M^a VISITACIÓN PERDIGUERO FABRE
ANNA PÉREZ LÓPEZ
SÒNIA GRÀCIA VIDAL
BLANCA SAAVEDRA ZUAZOLA
RIA GARCÍA PEETERS

Contacte:
mnavarrof.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10127

Comunicació:
PÒSTER

Cas Clínic: Ús de l'ecografia clínica per a l'accés venós difícil en una pacient pediàtrica amb trastorn del desenvolupament.

Introducció: L'accés venós difícil, és un repte per infermeria i encara més quan parlem d'un pacient pediàtric amb la dificultat afegida d'un trastorn del desenvolupament com és el trastorn de l'espectre autista (TEA). El TEA, pot desencadenar respostes intenses d'ansietat, crisis psicomotrius intenses i la necessitat d'immobilització manual.

Descripció del cas: Pacient de 14 anys amb un trastorn de l'espectre autista, obesitat amb antecedents d'extracció difícil. Acudeix per control analític de les seves patologies cròniques i control de tractament biològic. Presenta força oposició davant la tècnica, tensió muscular i angoixa. L'exploració física confirma la dificultat de palpació de accessos venosos viables.

Intervenció: Realitzem un mapatge venós amb sonda lineal d'alta freqüència, seleccionant un vas de calibre adequat (aprox. 3-4mm), a profunditat moderada, confirmant compressibilitat i absència de pulsabilitat. L'extracció va ser exitosa mitjançant guia ecogràfica durant el primer intent. Vam minimitzar el temps del procediment, utilitzant menys recursos materials i minimitzant l'angoixa de la pacient.

Resultats i conclusions: Es va completar l'extracció en el primer intent sense complicacions ni hematomes. L'ús de l'ecografia per part d'infermeria en atenció primària, augmenta l'èxit en la canalització d'accessos venosos i és una eina fonamental en la gestió emocional. En pacients amb problemes conductuals, hipersensibilitat sensorial i tàctil, aquesta eina redueix l'escalada d'ansietat, optimitza els recursos i millora la confiança i experiència del pacient i família.

JESSICA LÓPEZ REGAL
DAVID TEIXIDÓ GIMENO

Contacte:
jlopezre16@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10129

Comunicació:
PÒSTER

Massa al coll

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Tumoració al coll

Història clínica

Home de 28 anys fumador, enolisme. Consulta per tumoració lateral dreta del coll que ha crescut en pocs dies, millora lleu amb antibiòtic pautat al CUAP. Refereix pèrdua de pes de 5 kg en 5 mesos, astènia i sudoració nocturna.

Exploració física: Massa supraclavicular dreta, mal definida, indurada, indolora i fixa. Sense adenopaties axil·lars, laterocervicals ni inguinals.

Proves complementàries: realitzem ecografia de parts toves al CAP, s'observa massa supraclavicular dreta de 4-5 cm, amb múltiples imatges ovoides hipoecoecogèniques, sense captació de Doppler. Demanem radiografia de tòrax on es veu una gran massa mediastínica.

Orientació diagnòstica: Tumoració supraclavicular dreta i mediastínica pendent d'estudi.

Diagnòstic diferencial: Limfoma, tumor tiroïdal, timoma, teratoma.

Pla d'actuació: Derivada a urgències. TC toràcic urgent: massa mediastínica de 74 x 73 x 67 mm amb signes d'infiltració difusa, adenopaties mediastíniques, supraclavicular dreta i infraclavicular esquerra. Es programa biòpsia ecoguiada.

Evolució: Es diagnostica limfoma de Hodgkin, estadi IVB. Inicien 4 tandes de quimioteràpia. Actualment en remissió completa.

Conclusions i aplicabilitat: Les masses cervicals referides pel pacient o com a troballa a l'exploració física constitueixen un procés freqüent a les consultes d'AP. Generalment són malalties benignes, però de vegades són el primer signe de malalties greus. L'ecografia clínica realitzada immediatament a AP ens aporta informació sobre la naturalesa i la localització de la lesió, disminueix la incertesa diagnòstica permetent una aproximació precisa a la gravetat del procés i millorant la presa de decisions i la derivació.

LAURA VILLENA MONROY

Contacte:
lauravillenaamonroy@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10131

Comunicació:
PÒSTER

Troballes curioses i la importància de llegir els informes complets

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: dolor abdominal.

Història clínica

Dona de 68 anys amb antecedents de dislipèmia que presenta clínica de dolor abdominal postprandial i en ocasions vòmits. L'exploració física de l'abdomen no mostrava alteracions.

A nivell analític destacava una elevació de GGT a 171 UI/L i de la FA a 138 U/L. La bilirubina no va ser avaluada i la resta del perfil hepàtic va ser normal.

Es va realitzar una ecografia al CAP on s'evidenciava una imatge hiperecogènica amb ombra acústica posterior a nivell del conducte cístic així com la bufeta biliar distesa però de parets llises i fines.

Revisant la història clínica es va veure que ja s'havia informat d'aquesta troballa a un TAC de 2021 però no havia quedat registrat degut a una acumulació d'errors: per una banda a l'informe del TAC constava a conclusions "informe dins de la normalitat" tot i que al text sí que se n'informava. Per altra banda el metge que va llegir l'informe només es va fixar en la conclusió i a més la pacient no va acudir a la visita per comentar els resultats.

Judici clínic: Les troballes ecogràfiques junt amb la clínica de la pacient orienten a una colecistolitiasi.

Tractament i evolució: Donada la clínica de la pacient es va derivar a cirurgia general per valorar colecistectomia

Conclusions: Aquest cas ens va cridar l'atenció pel diagnòstic no tan habitual d'una litiasi al conducte cístic en comptes de a l'interior de la vesícula com sol ser més habitual. També va servir per fer autocrítica del fet que, a vegades, per falta de temps no arribem a llegir l'informe complet i això combinat amb altres errors, pot tenir conseqüències com un endarreriment diagnòstic en aquest cas.

*La pacient ha donat el seu consentiment verbal.

PASCUAL ROIG CABO
FRANK PALACIOS CAMACHO
MIGUEL ÁNGEL DURÁN
MARINA ESCOFET PERIS
NAGORE ITXASO GALINDO TARIFA
ROSA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

Contacte:
proig.bnm.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10133

Comunicació:
PÒSTER

Litiasi biliar en pacient jove: quan l'ecografia a l'Atenció Primària canvia el maneig clínic

Àmbit del cas: Centre d'Atenció Primària.

Motiu de consulta: Epigastràlgia sobtada amb vòmits d'una a dues hores d'evolució.

Història clínica

Dona de 22 anys, sense antecedents personals d'interès ni episodis similars previs. Cap convivent havia presentat simptomatologia comparable en els dies previs. No referia diarrea ni síndrome febril. A l'exploració física s'objectivava abdomen tou i depressible amb dolor a la palpació en epigastri, sense signes d'irritació peritoneal.

Proves complementàries: Es va realitzar ecografia abdominal al centre d'Atenció Primària, que va evidenciar múltiples litiasis en vesícula biliar, sense dilatació de la via biliar.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Còlic biliar secundari a colelitiasi. El diagnòstic diferencial va incloure gastroenteritis aguda, úlcera pèptica i patologia pancreàtica.

Tractament i pla d'actuació: Es va administrar metamizol 2 g per via intramuscular amb bona resposta analgèsica. La pacient va ser derivada amb cita programada a cirurgia general, pendent d'intervenció quirúrgica electiva.

Evolució: Favorable a curt termini, amb resolució del quadre agut.

Conclusions i aplicabilitat per a la Medicina de Família: La litiasi biliar és una patologia poc considerada en pacients joves, però cal tenir-la present davant d'un quadre d'epigastràlgia aguda, fins i tot en absència de factors de risc clàssics. La disponibilitat d'ecografia al centre d'Atenció Primària va permetre un diagnòstic immediat, evitant derivacions innecessàries a urgències hospitalàries i facilitant una gestió eficient i centrada en la pacient. Aquest cas reforça la necessitat de formar professionals d'Atenció Primària en ecografia clínica com a eina resolutiva en la consulta diària.

XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
SÍLVIA CALVET JUNOY
MARTA GARCIA PLA
LAURA MASIP CASTRO

Contacte:
xmartinf.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10134

Comunicació:
PÒSTER

Troballa hepàtica inesperada

Àmbit del cas: Centre d'Atenció Primària.

Motiu de consulta: Home de 55 anys que reconsulta per dolor abdominal post-prandial.

Antecedents: Hipertensió arterial, hipertrigliceridèmia, anèmia ferropènica, esofagitis per reflux, tumor neuroendocrí jejunal intervintut el 2008.

Anamnesi: Quadre de mesos d'evolució de dolor abdominal epigàstric, sobretot després d'àpats copiosos i amb consum d'alcohol.

Exploració física: Sense troballes.

Estudi endoscòpic alt i baix realitzats fa pocs mesos en context d'anèmia ferropènica sense alteracions.

Helicobacter pylori en femta negatiu.

Orientació diagnòstica: Patologia biliar.

Exploracions complementàries: Ecografia clínica d'abdomen al CAP: fetge augmentat de mida. Lòbul hepàtic esquerre a nivell epigàstric ocupat per massa heterogènia de 7x7cm, altres 2 lesions, una de 3,5x3,2cm i una altra a lòbul hepàtic dret d'uns 9cm.

És derivat a unitat diagnòstica ràpid, que sol·licita: TC tòrax-abd-pèlvic: fetge amb nòdul de 74x54mm situat a segment VII/VI, nòdul de 50x55mm a segment III LHD, nòdul 32x24mm a segment III i altres nòduls pitjor delimitats situats a cúpula del segment VIII (28mm) segment V (25mm) i segment VI (32mm), tots ells suggestius de metàstasis. Adenopatia centremestentèrica patològica de 56x29mm. Glàndula suprarenal dreta amb nòdul hipervascular de 12,3 mm suggestiu de metàstasi.

Biòpsia hepàtica: Tumor neuroendocrí NET G1

PET-DOTATOC: Intensa hipercaptació de DOTATOC a les metàstasis hepàtiques conegudes. Implant tumoral centremestentèric amb hipercaptació molt intensa de DOTATOC. Focus infracentimètric d'hipercaptació de DOTATOC a nansa d'intestí prim, sense evident traducció per TC.

Cromogranina sèrum elevada.

Diagnòstic: Metàstasis hepàtiques i suprarenal de tumor neuroendocrí jejunal.

Tractament/evolució: Tractament amb anàlegs de la somatostatina. Estable.

Conclusions i aplicabilitat per a l'atenció primària: L'ecografia clínica pot ser una eina clau per a la detecció de patologia dirigida, però és important una sistemàtica reglada i ben estructurada per a detecció de troballes que poden resultar patologia greu.

SANTIAGO RODOLFO CESANELLI
MANUEL CADENAS GARCÍA

Contacte:
santiagocesanelli@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10140

Comunicació:
PÒSTER

Nueve consultas y un diagnóstico: La ecografía como punto de inflexión

Varón de 59 años con antecedentes de HTA y úlcera duodenal, que realizó nueve consultas en Atención Primaria y urgencias por dolor abdominal inespecífico, intermitente y de difícil control, con predominio en hemiabdomen derecho y episodios tipo cólico. Asociaba distensión abdominal, molestias hipogástricas y ocasional irradiación lumbar, sin fiebre ni clínica urinaria significativa. La exploración física y las analíticas seriadas resultaron poco orientativas.

Durante el proceso diagnóstico se realizaron múltiples estudios complementarios, incluyendo gastroscopia, sin hallazgos concluyentes que justificaran la persistencia de la sintomatología. Ante la evolución prolongada del cuadro y la repetición de consultas, se realizó ecografía clínica abdominal en Atención Primaria, objetivándose hidronefrosis grado II derecha.

Tras este hallazgo, se solicitó TAC abdominal urgente, que confirmó litiasis renal obstructiva derecha de 6 mm en meato ureteral distal, asociada a hidronefrosis y nefrolitiasis bilateral.

El caso pone de manifiesto la utilidad de la ecografía clínica como herramienta diagnóstica accesible, inocua y coste-efectiva en Atención Primaria, especialmente en pacientes con dolor abdominal inespecífico y evolución prolongada. Su utilización permitió reorientar el diagnóstico, reducir la incertidumbre clínica y acelerar la derivación hospitalaria y el tratamiento definitivo.

La incorporación progresiva de la ecografía clínica en las consultas de Atención Primaria puede contribuir a disminuir demoras diagnósticas, optimizar recursos y mejorar la capacidad resolutoria del médico de familia ante patologías potencialmente infradiagnosticadas.

ARIADNA GRANÉ AMADO
LUIS MARTÍNEZ PALLI
CLAUDIA PADILLA MOURE
CARLES MARTÍNEZ QUEROL
MARÍA FLORENCIA POBLETE PALACIOS
TONI IRUELA LÓPEZ

Contacte:
agrane@ebavallcarca.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10141

Comunicació:
PÒSTER

Enlluernats pel corall

Àmbit del cas: Urgències d'Atenció Primària

Motiu de consulta: Dolor abdominal còlic de 24 hores d'evolució en hipocondri i fossa renal esquerra, amb nàusees i vòmits.

Història clínica

Dona de 62 anys amb antecedents d'hipertensió arterial i obesitat lleu. Afebril i amb bon estat general. Exploració abdominal anodina. Tira d'orina amb hematúria i leucocitúria.

Es realitza ecografia abdominal a consulta que evidencia litiasi coral·lifforme ocupant la pelvis renal esquerra amb hidronefrosi grau II-III.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Inicialment s'orienta com a còlic nefrític, es pauta tractament i es cita en visita de seguiment amb el seu metge de família. La pacient reconulta a urgències hospitalàries a les 24 h per empitjorament del dolor i distensió abdominal. Es realitza radiografia i TAC abdominal que confirmen vòlvul de sigma sense signes de complicació, així com litiasi coral·lifforme amb afectació renal crònica. La revisió d'antecedents mostra bacteriúria crònica per *Proteus mirabilis*, suggerint pielonefritis crònica obstructiva o xantogranulomatosa.

Tractament i pla d'actuació: Desvolució endoscòpica amb bona evolució. Derivació a Urologia per estudi i tractament de la patologia renal.

Evolució: Resolució del quadre obstructiu intestinal i estabilitat clínica posterior.

Conclusions i aplicabilitat a l'Atenció Primària: L'ecografia en Atenció Primària va permetre identificar una patologia renal obstructiva significativa desconeguda fins aquell moment. Tanmateix, aquest cas evidencia la coexistència de patologia abdominal greu no explicada únicament per la troballa ecogràfica. Destaca la importància de la reavaluació clínica i de no atribuir tota la simptomatologia a un únic diagnòstic. L'ecografia és una eina clau en AP per a la presa de decisions, però s'ha d'integrar sempre en el context clínic global.

FRANCISCA TEMPORAO MENDES
JUAN CARLOS CASTILLO MARTIN
ANA CAROLINA PASTOR SÁNCHEZ
MARIA CRISTINA ROS ESPIN
ALEJANDRO ALVARADO SAGUE
ADRIANA MORATA ABRIL

Contacte:
francisca.temporao@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10142

Comunicació:
PÒSTER

Doctor, en el gimnasio me han dicho que estoy amarillo

Àmbit del cas: Atenció Primària

Motivo de consulta: Ictericia indolora

Antecedentes: HTA, dislipèmia, obesitat i claudicació intermitent. IQ: apendicectomia.

Anamnesis: Varón de 76 años que consulta por ictericia mucocutánea y coluria de horas de evolución, sin dolor abdominal, fiebre ni vómitos.

Exploración física: Ictericia grado 5 de Kramer. Abdomen blando y no doloroso, sin masas ni megalias

Pruebas complementarias en consulta:

- Tira de orina: bilirrubina +++.
- Ecografía clínica: dilatación del conducto colédoco (1,39 cm).

Pruebas hospitalarias: Análítica con patrón de colestasis e hiperbilirrubinemia. TAC abdominal con dilatación de vía biliar intra y extrahepática secundaria a lesión estenosante sugestiva de colangiocarcinoma. Colangio-RM: posible síndrome de Mirizzi versus neoplasia biliar. Ecoendoscopia: colelitiasis de gran tamaño. CPRE: esfinterotomía, extracción de coledocolitiasis y colocación de prótesis biliar. Anatomía patológica sugestiva de displasia de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis, síndrome de Mirizzi, colangiocarcinoma, ADK de cabeza de páncreas, estenosis benigna de la vía biliar, pancreatitis obstructiva.

Actuación y evolución: Derivación urgente hospitalaria tras hallazgo ecográfico de dilatación de vía biliar en consulta de Atención Primaria. Se realizó tratamiento endoscópico y se programó cirugía radical.

Conclusiones y aplicabilidad para Medicina de Familia: La ictericia indolora es un signo de alarma que requiere descartar patología obstructiva o neoplásica. La ecografía clínica realizada en Atención Primaria permitió detectar la dilatación de la vía biliar y agilizar la derivación urgente, facilitando un diagnóstico y manejo precoz. La ecografía clínica es una herramienta útil y resolutive en Medicina de Familia.

CLARA GASCON MERLOS

Contacte:
clara.gmbp@gmail.com

Número de registre:
francisca.temporao@gmail.com

Comunicació:
PÒSTER

Un batec camuflat: Detecció precoç d'un aneurisma d'aorta abdominal mitjançant ecografia clínica

Àmbit del cas: Centre d'Atenció Primària.

Motiu de consulta i història clínica

Home de 87 anys amb antecedents patològics de hipertensió arterial, dislipèmia, alcoholisme crònic, exfumador, gota i hiperplàsia benigna de pròstata.

Es realitza ecografia renovesicoprostàtica (RVP) de control per residu postmiccional (RPM) elevat (del 80%) en darrera ecografia de fa sis mesos.

En aquesta ocasió, per motius acadèmics s'aprofita per fer també una ecografia abdominal completa on s'observa una troballa casual: Aorta de 25.4mm amb posterior engruiximent de fins a 56mm amb captació Doppler, compatible amb aneurisma aòrtic.

L'ecografia RVP mostra un RPM del 49% i una hipertrofia benigna de pròstata de primer grau, essent tota la resta normal.

Es sol·licita Tomografia computada (TC) abdominal amb contrast per completar estudi on s'objectiva aneurisma sacular d'aorta infrarrenal 57x62x46mm amb trombosi parcial de 22mm de gruix, localitzat a paret lateral dreta.

El pacient és derivat a Cirurgia vascular on es decideix tractament endovascular electiu mitjançant reparació amb un únic mòdul.

Conclusions: Aquest cas posa de manifest el paper clau de l'Ecografia clínica a l'Atenció Primària com a extensió de l'exploració física. La seva incorporació a la pràctica clínica habitual pot facilitar una derivació precoç, disminuir complicacions potencialment greus i millorar el pronòstic dels pacients.

ASUNCION BOSCA NAVARRO
MARIA ROSER GREGORI PEIRO
LAURA PARRILLA LÓPEZ
JOSE LUIS VALLINA PÉREZ
VANESA MIGUEL FERNÁNDEZ
PEDRO IGLESIAS ARANDA

Contacte:
susi.bosca@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10146

Comunicació:
PÒSTER

Implantació de l'ecografia clínica en atenció primària: Alta satisfacció de professionals i pacients

Introducció: L'ecografia clínica és una eina diagnòstica cada vegada més integrada en atenció primària, amb potencial per millorar la resolució assistencial i l'experiència del pacient.

Objectius: Avaluar la satisfacció i la percepció de professionals sanitaris i pacients respecte a la implantació de l'ecografia clínica en un centre d'atenció primària.

Material i mètodes: Estudi descriptiu transversal basat en enquestes de satisfacció dirigides a professionals sanitaris i pacients d'un CAP. Es van obtenir 19 respostes de professionals i 88 de pacients. Les enquestes valoraven qualitat assistencial, utilitat i satisfacció mitjançant una escala Likert de 0 a 5.

Resultats: Només 5 dels 14 professionals realitzaven ecografies, tot i que la percepció del seu impacte va ser molt elevada. Les puntuacions més altes es van observar en capacitat resolutiva (4,95/5), qualitat assistencial (4,89/5), treball en equip (4,89/5) i reducció de derivacions (4,79/5). El 89,5% havia derivat pacients a ecografia del CAP i el 79% mostrava interès en formar-se. Les principals barreres identificades van ser la manca de temps i d'oferta formativa. La valoració global del model va ser de 4,84/5 i la recomanació de 9,95/10.

Els pacients van mostrar una satisfacció molt elevada, especialment en confiança en el professional (4,97/5), tracte rebut (4,94/5), temps i comoditat (4,87/5) i recomanació del servei (4,94/5). També es va observar una millora en la comprensió del problema de salut (4,71/5).

Conclusions: L'ecografia clínica presenta una elevada acceptació entre professionals i pacients i es percep com una eina que millora la resolució diagnòstica, l'eficiència i l'experiència assistencial. Existeix, però, una bretxa entre la valoració positiva i la seva aplicació real, principalment relacionada amb barreres estructurals i formatives. Aquests resultats suggereixen la necessitat d'impulsar programes de formació específica, temps assistencial dedicat i estratègies organitzatives que facilitin la seva integració en la pràctica clínica habitual.

RAMON YUI-HUAYANCA
RAUL MORA TURRIÓN
JUAN CARLOS PADILLA ESPIN
JAIME ANDRES ALBA RODRÍGUEZ
SILVIA PAOLA RIVERA GARCÍA
JORDI DANIEL DÍEZ

Contacte:
ramyuiifer.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIECOAP_10147

Comunicació:
PÒSTER

Esteatosis hepàtica en ecografia clínica d'AP (EcoAP): Utilitat de la puntuació de Hamaguchi per orientar el maneig clínic

L'esteatosi hepàtica (EH) associada a disfunció metabòlica és una troballa en l'ecografia abdominal realitzada en atenció primària (AP). La descripció sol ser heterogènia i queda reflectida de manera subjectiva com a "fetge gras", sense graduació clara ni una orientació pràctica sobre el seguiment. Aquesta comunicació proposa la utilització de la puntuació semiquantitativa de Hamaguchi com a eina per millorar la descripció ecogràfica, homogeneïtzar el llenguatge entre professionals i facilitar la presa de decisions.

La puntuació permet passar de l'informe subjectiu de "fetge gras" a una descripció semiquantitativa basada en quatre paràmetres ecogràfics: augment de l'ecogenicitat hepàtica, contrast hepatorenal positiu, atenuació posterior i disminució de la visibilitat vascular. L'aplicació permet classificar l'Eh en lleu, moderada o severa. És especialment útil en EcoAP perquè no requereix tecnologia addicional, es pot integrar en l'exploració habitual i ajuda a comunicar el grau d'Eh de manera més homogènia. L'EcoAP continua sent una tècnica dependent de l'operador, l'ús sistemàtic d'una puntuació estructurada redueix la variabilitat i millora la reproductibilitat de l'informe.

La presentació revisa la rellevància de l'Eh i es planteja un circuit de maneig des de l'AP on la troballa ecogràfica no queda aïllada, sinó que s'integra amb anamnesi, exploració física, analítica amb perfil hepàtic i càlcul del FIB-4.

El missatge és que l'ecografia identifica i gradua el greix hepàtic, però no estratifica de manera fiable la fibrosi. La puntuació de Hamaguchi s'ha de complementar amb eines clíniques i analítiques com el FIB-4 i, quan estigui indicat, amb FibroScan. La comunicació destaca que estandarditzar la descripció ecogràfica de l'esteatosi incidental en EcoAP pot millorar la continuïtat assistencial, facilitar la comunicació entre professionals.

ANMY CHONG RODRÍGUEZ
WILFREDO BORRERO RAMOS

Contacte:
anmychong@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10150

Comunicació:
PÒSTER

Factibilidad de la ecografía en el punto de atención en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada en la hospitalización a domicilio de atención intermedia

Introducción: La ecografía clínica se ha consolidado como una herramienta de gran valor en la evaluación de pacientes con insuficiencia cardíaca, al aportar información inmediata que complementa la exploración física. En la Hospitalización a Domicilio de Atención Intermedia (HAD-AI), la ecografía en el punto de atención (PoCUS) destaca por su capacidad para guiar decisiones clínicas en tiempo real y mejorar la valoración de la congestión sin necesidad de trasladar al paciente.

Objetivo: Evaluar la factibilidad del PoCUS en la valoración clínica de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada atendidos en la HAD-AI, describir su perfil clínico y funcional, identificar necesidades asistenciales, y analizar la adecuación de las intervenciones clínicas realizadas.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohortes con un grupo prospectivo (mayo 2026–abril 2027) en el que se realizará PoCUS, y un grupo retrospectivo (mayo 2025–abril 2026) sin PoCUS. Se recogerán variables sociodemográficas, parámetros de valoración geriátrica integral e indicadores clínicos y ecográficos. Se compararán ambos grupos para analizar diferencias en la detección de congestión, necesidades asistenciales identificadas y adecuación de las intervenciones clínicas.

Resultados esperados: Se anticipa una alta factibilidad del PoCUS, con exploraciones completas en la mayoría de pacientes y un tiempo de realización compatible con la práctica asistencial. Se esperan diferencias entre cohortes en detección de congestión y decisiones clínicas.

Conclusiones: Este estudio aspira a generar evidencia que respalde la incorporación sistemática del PoCUS en la atención domiciliar de pacientes complejos, optimizando la toma de decisiones, mejorando la identificación de necesidades clínicas y reforzando la seguridad del paciente en un modelo asistencial en expansión.

VISI PERDIGUERO FABRE
MERCEDES NAVARRO FERNÁNDEZ
NOEMI PÉREZ
ANNA PÉREZ LÓPEZ
JOSE LUIS RODENAS
ESPERANZA NAVAL

Contacte:
visidepremia@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10156

Comunicació:
PÒSTER

Verificación ecográfica de sonda vesical en el cambio domiciliario: Seguridad y autonomía enfermera

Introducció / Justificació: El canvi de sonda vesical en el domicili és un procediment habitual en l'atenció primària i en la gestió de casos de pacients amb dependència. La incorrecta col·locació del baló de retenció o la migració de la sonda pot passar desapercebuda en entorns domiciliaris, on els recursos diagnòstics són limitats, augmentant el risc de complicacions greus com la lesió uretral, la infecció o la retenció urinària.

Objectiu: Descriure la implementació d'un protocol de verificació ecogràfica portàtil com a mesura de seguretat en el canvi de sonda vesical domiciliari, realitzat per infermeres gestores de casos.

Metodologia: Descriu l'experiència en una unitat d'atenció domiciliària. S'inclou l'experiència d'un pacient adult portador de sonda vesical permanent amb canvi programat al domicili. Prèvia formació específica en ecografia vesical, les infermeres gestores de casos verifiquen la correcta posició del baló intravesical mitjançant ecografia portàtil immediatament després del canvi. Es registren incidències, repeticions del procediment i satisfacció del pacient i cuidador.

Resultats: La verificació ecogràfica va permetre detectar col·locacions incorrectes en el procediment, evitant complicacions potencials. Es va reduir la necessitat de derivació a urgències hospitalàries i es va incrementar la confiança del cuidador en el procediment. No es van registrar complicacions greus durant el període d'estudi.

Conclusiones: La incorporació de l'ecografia portàtil al protocol de canvi de sonda vesical domiciliari és factible, segura i eficaç. Reforça el rol avançat de la infermera gestora de casos i millora la seguretat del pacient en l'entorn domiciliari.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

NEUS MIRÓ VALLVÉ
MARIA TERESA JOVÉ MARTÍNEZ
JUDIT BONCOMPTE TORRES
CRISTINA FRANCI GÓMEZ
SARUNE VAICIUNAITE
MARC OLIVART PAREJO

Contacte:
miro.vallve@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10160

Comunicació:
PÒSTER

Utilitat de l'ecografia abdominal a l'atenció primària davant un abdomen agut: Cas clínic d'apendicitis gangrenosa

Pacient dona de 43 anys que consulta per dolor abdominal de 3 dies d'evolució, que focalitza sobretot a fossa ilíaca dreta (FID), EVA 9/10, acompanyat de rectorràgia que defineix com a moc amb sang. Nega nàusees i febre. Data última regla fa 10 dies. Nega possibilitat de gestació.

Exploració física: Abdomen tou, depressible, dolor que focalitza clarament a FID, Blumberg dubtós.

Afebril 36,8 TA 128/89 FC 113X'.

OD: Dolor abdominal focalitzat.

Atesa la intensitat del dolor, la durada i la focalització es decideix realitzar ecografia abdominal a AP on s'observa una imatge tubular a FID, molt hipoeoica suggestiva d'apendicitis aguda gangrenosa.

El fet de poder disposar de l'ecografia a AP facilita la presa de decisions clíniques immediates i permet derivar precoçment els casos greus a urgències hospitalàries; perquè la forma gangrenosa s'associa a més risc de perforació, sèpsia i complicacions.

A més també contribueix a disminuir el nombre de derivacions inadequades i pot reduir la necessitat de proves més costoses i que irradien com la tomografia computada (TC). Quan és realitzada per professionals entrenats, presenta una bona sensibilitat i especificitat per detectar apendicitis aguda.

Per tant, la incorporació de l'ecografia a l'atenció primària millora la precisió diagnòstica, accelera el tractament i augmenta la seguretat del pacient.

LAURA MASIP CASTRO
XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
SILVIA CALVET JUNOY
VIRGINIA GÓMEZ BALLESTER
MARTA FELIU WENNERBERG
JUDIT RIO LÓPEZ

Contacte:
lauramasip97@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10161

Comunicació:
PÒSTER

No tot el que sembla un tumor és càncer

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Pol·laciúria de llarga evolució.

Anamnesi: Home de 60 anys, fumador i consum d'alcohol de risc, amb antecedents d'edema agut de pulmó hipertensiu i miocardiopatia dilatada secundària al consum d'alcohol.

Consulta per pol·laciúria de sis mesos d'evolució, sense disúria, hematúria macroscòpica ni dolor còlic.

Exploració física: Abdomen tou, no dolorós a la palpació, sense masses palpables. Puny-percussió renal bilateral negativa. Tacte rectal sense nòduls palpables.

Proves complementàries: Anàlítica amb PSA dins la normalitat. Tira d'orina no patològica. Ecografia reno-vesico-prostàtica realitzada al CAP: bufeta amb lesió focal mural calcificada de 2,6 cm. No canvia de lloc en moure el pacient.

Orientació diagnòstica i diagnòstic diferencial:

- Neoplàsia vesical.
- Litiasi vesical.
- Hiperplàsia prostàtica amb protrusió intravesical.
- Lesió inflammatòria calcificada.

Evolució: Donats els antecedents i factors de risc del pacient, la principal sospita diagnòstica va ser una neoplàsia vesical. Per aquest motiu, es va sol·licitar citologia urinària seriada i es va consensuar el cas amb urologia per completar l'estudi amb una cistoscòpia.

La citologia no va mostrar alteracions patològiques i la cistoscòpia va evidenciar una litiasi de 2-3 cm a nivell del trígon, sense signes de lesió vesical subjacent. Per tant, sota l'orientació diagnòstica de litiasi vesical, el pacient actualment està pendent de cirurgia.

Conclusions i aplicabilitat: L'atenció primària és clau en l'abordatge inicial dels símptomes del tracte urinari inferior, especialment en pacients amb factors de risc. Aquest cas destaca la importància del diagnòstic diferencial davant la simptomatologia urinària persistent i troballes ecogràfiques atípiques. L'ecografia al CAP permet detectar lesions rellevants, millorant l'accessibilitat diagnòstica i reduir retards en patologies potencialment greus.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

LAURA MASIP CASTRO
SÍLVIA CALVET JUNOY
XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
MARTA FELIU WENNERBERG
JUDIT RIO LÓPEZ
VIRGINIA GÓMEZ BALLESTER

Contacte:
lauramasip97@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10162

Comunicació:
PÒSTER

Epigastràlgia: La punta de l'iceberg

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Epigastràlgia postprandial.

Anamnesi: Dona de 71 anys, sense hàbits tòxics, amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia i hipotiroidisme.

Consulta per epigastràlgia de predomini postprandial d'un mes d'evolució, associada a hiporèxia sense pèrdua de pes. Nega símptomes de reflux gastroesofàgic, alteració del ritme deposicional o altres símptomes associats.

Exploració física: Abdomen tou, dolorós a la palpació d'epigàstri, sense signes d'irritació peritoneal ni masses o visceromegàlies palpables.

Proves complementàries: Anàlítica amb discreta elevació de transaminases, gamma-glutamil transferasa i fosfatasa alcalina. *Helicobacter pylori* en femta negatiu. Ecografia abdominal al CAP: múltiples lesions ocupants d'espai hepàtiques, hipoeoiques, sense captació Doppler.

Orientació diagnòstica i diagnòstic diferencial:

- Metàstasis hepàtiques.
- Abscessos hepàtics.

Evolució: Davant les troballes ecogràfiques descrites, la principal sospita diagnòstica va ser de metàstasis hepàtiques amb lesió primària desconeguda. Per aquest motiu, es va derivar la pacient a la Unitat de Diagnòstic Ràpid on van sol·licitar TC abdominal que va confirmar la presència de lesions altament suggestives de metàstasis hepàtiques amb probable origen en adenocarcinoma de còlon, posteriorment confirmat per biòpsia.

Actualment, la pacient es troba en tractament amb quimioteràpia, així com radioteràpia pal·liativa antiàlgica per metàstasis òssies en context de pressió de la malaltia.

Conclusions i aplicabilitat: La simptomatologia digestiva inespecífica és un motiu de consulta molt freqüent a l'Atenció Primària. Aquest cas exemplifica la importància d'un abordatge sistemàtic, on la realització de proves complementàries bàsiques com l'anàlítica i l'ecografia abdominal són claus per identificar lesions sospitoses i accelerar el procés diagnòstic.

LAURA MASIP CASTRO
SÍLVIA CALVET JUNOY
XÈNIA MARTÍN FERNÁNDEZ
JUDIT RIO LÓPEZ
VIRGINIA GÓMEZ BALLESTER
MARTA FELIU WENNERBERG

Contacte:
lauramasip97@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10163

Comunicació:
PÒSTER

Lesió vesical inesperada: Del símptoma al diagnòstic precoç

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Disúria i urgència miccional.

Anamnesi: Home de 72 anys, exfumador, amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia, MPOC i cardiopatia isquèmica. Consulta per disúria i urgència miccional de tres mesos d'evolució, sense hematúria macroscòpica, dolor còlic ni altra simptomatologia associada.

Exploració física: Abdomen tou, no dolorós a la palpació, sense masses palpables. Puny-percussió renal bilateral negativa. Tacte rectal sense nòduls palpables.

Proves complementàries: Anàlítica amb PSA dins la normalitat. Tira d'orina amb hematúria. Urocultiu negatiu.

Ecografia reno-vesico-prostàtica realitzada al CAP: lesió que protrudeix a bufeta sense poder determinar amb claredat si correspon a pròstata. La lesió sembla englobar urèter. No captació Doppler. Jet ureteral conservat.

Orientació diagnòstica i diagnòstic diferencial: Neoplàsia vesical. Neoplàsia prostàtica. Hiperplàsia prostàtica amb protrusió intravesical. Lesió inflamatòria vesical.

Evolució: Atesos els antecedents de tabaquisme, hematúria i la lesió descrita, la principal sospita diagnòstica va ser una neoplàsia vesical. Es va sol·licitar citologia urinària seriada i es va consensuar el cas amb urologia per completar l'estudi amb una cistoscòpia. La citologia va mostrar descamació de cèl·lules escamoses i urotelials madures, amb component hemàtic i inflamatori, sense evidència d'atípies. La cistoscòpia va objectivar una lesió papil·lar de 3 cm localitzada a hemitrígon esquerre, que engloba el meat ureteral ipsilateral. Davant aquesta troballa, es va realitzar una resecció transuretral de bufeta. L'estudi anatomopatològic va confirmar un carcinoma urotelial invasiu. Actualment, el pacient està pendent d'iniciar tractament amb BCG.

Conclusions i aplicabilitat: Aquest cas evidencia la importància d'un abordatge sistemàtic dels símptomes del tracte urinari inferior a l'Atenció Primària, especialment en pacients amb factors de risc com el tabaquisme. Davant la sospita clínica, l'ecografia realitzada al CAP esdevé una eina clau per a la detecció precoç de lesions potencialment greus.

MARIA DOLORS GAROLA RECASENS
MÓNICA TORRES JIMÉNEZ
IRENE GALELGO ARTEAGA
MÓNICA CHICHIERCHA
ÀNGEL CABANES PEPIOL
JESÚS JOSÉ VALERIO LUGO

Contacte:
mdgarola.tgn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10164

Comunicació:
PÒSTER

Utilitat de l'ecografia clínica en la detecció de complicacions pancreàtiques: A propòsit d'un cas

Presentem el cas d'un pacient de 47 anys amb antecedents d'enolisme crònic moderat, còlon irritable, hèrnia de hiat i esteatosi hepàtica. Consulta per simptomatologia compatible amb reflux gastroesofàgic de predomini nocturn i possibles melenes. Els darrers dies refereix dolor a hipocondri esquerre. Havia estat valorat dues setmanes abans a urgències per melenes amb anèmia discreta atribuïda inicialment a hèrnia de hiat.

A l'exploració física destacava dolor a la palpació³ a epigastri i hipocondri esquerre, amb sospita de massa abdominal i lleu distensió local. L'ecografia clínica va evidenciar una lesió anecoica de grans dimensions (71,9 x 89,2 x 62,1 mm) associada a esteatosi hepàtica grau II, sense poder determinar-ne amb precisió l'etiologia. Davant la incertesa diagnòstica i el dolor abdominal, el pacient fou derivat a urgències.

La TC toracoabdominal amb contrast va mostrar un pàncrees de mida normal i realçament homogeni, amb una lesió quística de 17 mm al cos pancreàtic associada a una gran col·lecció líquida perigàstrica (fins a 9,5 cm), amb extensió periesofàgica inferior i trabeculació del greix adjacent. També es va objectivar ascites moderada. La RM pancreàtica va confirmar que aquestes troballes orientaven cap a una fistula pancreàtica amb múltiples col·leccions i pseudoquistes.

Anàliticament destacava anèmia normocítica discreta i elevació lleu-moderada d'amilasa, lipasa i reactants de fase aguda. Es va establir el diagnòstic de pancreatitis aguda complicada amb col·leccions secundàries i probable fistula pancreàtica.

El pacient va ingressar per tractament conservador amb mesures de suport, optimització simptomàtica, suplementació enzimàtica i prevenció de complicacions associades a l'enolisme crònic. L'evolució fou favorable, amb alta hospitalària als 8 dies i seguiment ambulatori posterior sense incidències.

Aquest cas destaca el valor de l'ecografia clínica com a eina inicial en la detecció de patologia abdominal complexa i en l'orientació precoç de complicacions pancreàtiques.

LEILA PIFARRÉ PORTELLA
LAURA PIRRETAS FAUS
ESTHER MIRANZO PINILLA
MÓNICA URQUIJO MÚGICA
EVA M^a ARROYOS CALVERA
VERÓNICA SIERRA PEINADO

Contacte:
lpifarre.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10165

Comunicació:
PÒSTER

Utilitat de l'ecografia clínica en el maneig ambulatori de la insuficiència cardíaca descompensada

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dona de 75 anys derivada per dispnea, aparició d'edemes a extremitats inferiors i augment ponderal, de diversos dies d'evolució.

Història clínica

Com a antecedents destacava hipertensió arterial, diabetis mellitus i insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció preservada. A l'anamnesi referia astènia marcada, augment de la seva dispnea habitual, edemes a extremitats inferiors i augment de pes, sense clínica d'infecció respiratòria ni de dolor toràcic. No tenia ortopnea ni episodis de dispnea paroxística nocturna. A l'exploració física presentava hipofonesi en ambdues bases pulmonars, edemes amb fòvea fins als genolls i augment de pes. A les proves complementàries destacava l'elevació de peptíds natriurètics. L'ecografia clínica a peu de llit (POCUS) va permetre objectivar vessament pleural bilateral, i una vena cava inferior no dilatada amb variabilitat respiratòria. No es van identificar troballes suggestives d'altres causes de dispnea aguda.

Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes: L'orientació diagnòstica va ser d'insuficiència cardíaca descompensada. Es va plantejar diagnòstic diferencial amb infecció respiratòria baixa i exacerbació de MPOC, descartades per la clínica, els resultats de l'anàlisi, la radiografia de tòrax i l'ecografia clínica.

Tractament i pla d'actuació: Es va citar a la pacient durant 7 dies, durant els quals se li va administrar tractament diürètic endovenós (segons protocol), i es va fer un seguiment clínic, analític i ecogràfic seriats.

Evolució: Millora clínica amb resolució dels edemes, reducció progressiva de la dispnea i una pèrdua ponderal de 6kg, aconseguint compensar la insuficiència cardíaca.

Conclusions i aplicabilitat per a la Medicina de Família: L'ecografia clínica és una eina útil, accessible i cada vegada més imprescindible a l'Atenció Primària per al diagnòstic, monitoratge i seguiment de la insuficiència cardíaca descompensada. La seva integració amb la valoració clínica i l'anàlisi permet un maneig ambulatori segur i redueix les derivacions i hospitalitzacions evitables.

MARCELA MEJÍA MONDRAGÓN
GRETEL PIMENTEL BARREIRO

Contacte:
mmeja.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10166

Comunicació:
PÒSTER

Lesión mamaria BI-RADS4. Relevancia de la imagen ecográfica en el diagnóstico diferencial de una mastitis

Acude a Urgencias una mujer de 41 años sin antecedentes médicos relevantes por aparición de bultoma en mama izquierda, dolor, eritema de 24h de evolución, acompañado de fiebre y mialgias generalizadas. Niega encontrarse en período de lactancia, no galactorrea, no galactorragia, no retracción cutánea.

A la exploración, destaca lesión indurada de unos 6-8cm que abarcaba cuadrante superior e inferior externo de mama izquierda y en zona periareolar. Se decide realizar analítica sanguínea que evidencia elevación de PCR, sin otra alteración paramétrica.

Se realiza ecografía a pie de cama evidenciando una colección subareolar compleja con contenido ecogénico heterogéneo en su interior de unos 2,36 x 1,62cm, sugestiva de material inflamatorio, posible quiste complejo. Además, a nivel infraareolar se evidencian múltiples imágenes anecoicas ovaladas y tabicadas, de paredes finas, compatibles con dilataciones quísticas/coleciones subareolares, la mayor de aproximadamente 3,9 x 1,9 cm que hacen sospechar de proceso infeccioso intercurrente en contexto de una mastitis complicada.

Ante imagen ecográfica y clínica se decide cobertura antibiótica y derivación a Unidad de Diagnóstico Rápido con ecografía mamaria y mamografía. Concluyen BI-RADS 4A y deciden toma de biopsia. En la biopsia informan de restos de pared quística y cambios inflamatorios compatibles con benignidad (BI-RADS2).

La mayoría de mastitis evolucionan favorablemente con tratamiento antibiótico; sin embargo, la persistencia de signos inflamatorios o la presencia de hallazgos ecográficos complejos obligan a ampliar el estudio.

En este caso, la ecografía permitió detectar una lesión quística compleja con componente nodular, motivo por el cual se realizó estudio histológico. Aunque el resultado final fue benigno (BI-RADS 2), el caso pone de manifiesto la importancia de no infravalorar lesiones mamarias en contexto inflamatorio y aporta valor a la ecografía clínica en Atención Primaria: puede mejorar la capacidad diagnóstica, optimizar derivaciones y reducir retrasos en patologías potencialmente relevantes.

MARCELA MEJÍA MONDRAGÓN
GRETEL PIMENTEL BARREIRO

Contacte:
mmeja.ileida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10167

Comunicació:
PÒSTER

Valor de la ecografía clínica en la sospecha precoz de síndrome linfoproliferativo. Visión desde atención primaria

Acude al servicio de Urgencias un varón de 57 años por aparición de masa a nivel inguinal derecha de unos 4 meses de evolución que, en los últimos días limitaba funcionalidad de la extremidad. No le había dado importancia y no había acudido a su centro de atención primaria de referencia. No explica fiebre ni pérdida de peso.

A exploración se palpa una masa indurada de 6cm, no eritema, no aumento de temperatura local, dolor a palpación. Puertas herniarias no aumentadas de tamaño ni sensación de salida de contenido a maniobras de valsava. Se realiza analítica sanguínea que no evidencia alteración de parámetros.

Se realizó ecografía inguinal junto con estudio Doppler vascular. En la región inguinal se identificó una adenopatía de aproximadamente 4,2 x 2,0 x 3,5 cm, de morfología redondeada, predominantemente hipoecoica, con pérdida del hilio graso ecogénico y alteración de la arquitectura ganglionar habitual. La lesión presentaba bordes relativamente bien definidos y ausencia de señal Doppler intralesional significativa. Dada la proximidad a los vasos femorales y el contexto clínico inicial, se realizó maniobra de compresión venosa, observándose colapsabilidad completa de la vena femoral común, descartándose trombosis venosa profunda asociada.

Los hallazgos ecográficos sugerían adenopatía patológica de probable origen linfoproliferativo por lo que se realiza derivación a unidad de diagnóstico rápido que, con pruebas complementarias y estudio histológico finalmente se confirma el diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de subtipo folicular.

Este caso pone de manifiesto el valor de la ecografía como herramienta de exploración física en Medicina de Familia, aumentando la capacidad resolutoria y facilitando una adecuada estratificación del riesgo desde los primeros niveles asistenciales. Asimismo, resalta el papel del médico de familia no solo en la detección precoz de patología potencialmente grave, sino también en la optimización de los circuitos asistenciales y en la coordinación diagnóstica del paciente.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

VÍCTOR GARCÍA NAVARRO
TAMARA LAPLAZA MIRAS
PABLO HIDALGO VALLS
EVA ACERBONI FLORES
LAURA PINEDA BARRERO

Contacte:
vgarcia.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10169

Comunicació:
PÒSTER

Tot en dues hores

Dona de 70 anys a la que se li detecta en abril del 2025 anèmia ferropènica acompanyada sobretot d'astènia i sense altra clínica associada, iniciant-se tractament amb ferro oral i estudi amb gastroscòpia i colonoscòpia. En controls analítics posteriors s'aprecia anemització progressiva malgrat ferro oral i les endoscòpies digestives (fetes 3 mesos després malgrat circuit ràpid) van resultar negatives.

Donades les troballes es cita la pacient el 5 de setembre per reavaluació.

05/09/25 9:00h. La pacient segueix referint astènia important, dispnea d'esforç i a l'interrogatori comenta l'aparició de tos seca de 2 mesos valorada per otorrinolaringòleg privat i atribuïda a reflux gastroesofàgic tractada amb omeprazol.

Exploració física amb auscultació respiratòria normal. Es realitza ecografia pulmonar en consulta apreciand-se múltiples línies B visibles a totes les zones pulmonars.

05/09/25. 9:43h. Rx tòrax on s'aprecien múltiples imatges nodulars a ambdós camps pulmonars en "suelta de globos" suggestius de metàstasi.

De tornada a la consulta s'informa la pacient de les troballes i s'aconsella fer ecografia abdominal immediatament.

05/09/25. 10:45h. Ecografia clínica en consulta: s'aprecien varies lesions hepàtiques hiperecòiques amb cert halo hipocogènic suggestives de M1 i lesió heterogènia de 8,09 cm de diàmetre a pol inferior de ronyó esquerre suggestiva de lesió primària.

05/09/25. 11:00h. Amb sospita de neoplàsia renal esquerra amb metàstasis pulmonars i hepàtiques es deriva a consulta especialitzada hospitalària.

Amb diagnòstic de carcinoma renal de cèl·lules clares estadi IV s'inicià tractament d'immunoteràpia el 27/09/25 de tres cicles que es van repetir en gener de 2026. Actualment la pacient presenta remissió parcial de la seva neoplàsia i segueix controls i tractament per servei d'oncologia de l'hospital de referència.

ANDREA CECILIA CARVAJAL DELGADILLO
FRANCO PANICIA CUOCO
ANA CANALES RODRIGUEZ
ANDRÉS FLORES ROMERO
MARY TEJIDO ABAD

Contacte:
habitace25@hotmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10170

Comunicació:
PÒSTER

Evaluación del programa integral multidisciplinar para el abordaje del sobrepeso y la obesidad mediante ecografía (PRECOBE-AP) en un centro de Atención Primaria de Cataluña

La obesidad y el sobrepeso representan un importante problema de salud pública en Cataluña, asociado a un elevado impacto cardiometabólico y condicionado por desigualdades sociales. Las recomendaciones actuales promueven un abordaje integral y multidisciplinar, más allá del índice de masa corporal (IMC), incorporando herramientas que permitan una valoración más precisa de la composición corporal. En este contexto, la ecografía nutricional surge como una técnica accesible y útil desde la atención primaria para evaluar la distribución del tejido adiposo, la esteatosis hepática y la masa muscular, facilitando la detección precoz de obesidad sarcopénica.

El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del Programa integral multidisciplinar para el abordaje del sobrepeso y la obesidad mediante ecografía en atención primaria (PRECOBE-AP) sobre la composición corporal, la salud metabólica, los hábitos dietéticos y la actividad física en pacientes con sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Atención Primaria EAP El Castell de Castelldefels.

Se realizará un estudio evaluativo pre-post sin grupo control durante el periodo 2025–2026. El programa incluirá educación nutricional, promoción de actividad física, apoyo conductual y tratamiento farmacológico. Se analizarán variables ecográficas nutricionales, como grasa omental y perirrenal, esteatosis hepática y escala Heckmatt; variables antropométricas, como peso, perímetro abdominal, IMC e índice cintura-altura; así como adherencia a la dieta mediterránea y niveles de actividad física. Las evaluaciones se efectuarán al inicio, y a los 3, 6 y 12 meses.

Se espera observar una reducción del tejido adiposo visceral, peso corporal y perímetro abdominal, junto con una mejora de la masa muscular, la esteatosis hepática, la adherencia a la dieta mediterránea y la actividad física. El programa PRECOBE-AP podría constituir un modelo innovador y transferible para el manejo integral de la obesidad en atención primaria.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

JOEL ALARCÓN CRESPO
KARINA ESLAVA DÍAZ
PAMELA ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ

Contacte:
joelalarconcr@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10172

Comunicació:
PÒSTER

La curva habló, y el ecógrafo escuchó

Mujer de 64 años, con antecedentes de artrosis bilateral de rodilla, que consultó en Atención Primaria por aparición reciente de una tumoración en la fosa poplítea izquierda.

En la exploración física se objetivó una masa de consistencia elástica, no dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios asociados, sin alteraciones de la coloración cutánea ni aumento de la temperatura local. Los pulsos pedios se encontraban conservados.

Se realizó ecografía clínica mediante transductor lineal de 12 MHz, identificándose una imagen hipoeoica, ovalada y bien delimitada, de aproximadamente 1,14 × 2,98 cm, localizada en la región poplítea medial. Se observó además una imagen en forma de cuello entre el músculo gastrocnemio medial y el tendón del músculo semimembranoso, comunicando la lesión con la articulación de la rodilla, hallazgo característico de quiste poplíteo o quiste de Baker.

No se evidenciaron signos ecográficos de complicación, como rotura, contenido heterogéneo o datos sugestivos de trombosis venosa profunda asociada.

Con los hallazgos clínicos y ecográficos se orientó el caso como quiste de Baker no complicado en contexto de gonartrosis.

La ecografía clínica permitió confirmar el diagnóstico de quiste de Baker no complicado y descartar otras patologías potencialmente urgentes de la fosa poplítea, como trombosis venosa profunda, aneurisma poplíteo o colecciones complejas, evitando derivaciones hospitalarias innecesarias y facilitando una toma de decisiones rápida y segura en Atención Primaria.

JOEL ALARCÓN CRESPO
PAMELA ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ
KARINA ESLAVA DÍAZ

Contacte:
joelalarconcr@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10173

Comunicació:
PÒSTER

De la retirada de puntos a la punción evacuadora: Cuando el ecógrafo cambia el guión

Varón de 57 años que acudió a consulta de enfermería para retirada de suturas, 12 días después de una intervención consistente en craniectomía y plastia dural por metástasis ósea craneal. Al alta hospitalaria presentaba TC craneal sin complicaciones agudas.

La enfermera nos consultó porque aunque la herida tenía un aspecto correcto el paciente refería aumento progresivo del volumen en la zona quirúrgica durante los tres días previos y cefalea. No otro síntoma asociado.

En la exploración física se objetivó tumefacción blanda no dolorosa sobre el lecho quirúrgico, sin signos inflamatorios cutáneos.

Se realizó ecografía de partes blandas mediante transductor lineal, identificándose una colección hipoeoica localizada entre el tejido celular subcutáneo y la calota craneal, con ecos internos hiperecogénicos dispersos y discontinuidad de la tabla ósea en relación con la craniectomía previa. No se objetivó aumento de vascularización al estudio Doppler. Los hallazgos fueron sugestivos de colección postquirúrgica tipo seroma/hematoma.

Ante estos hallazgos se derivó al servicio de Urgencias, realizándose TAC que evidenció una colección de 23 × 62 mm en el lecho de la craniectomía, asociada a discreto colapso de los surcos de la convexidad adyacente. Se practicó punción evacuadora con salida de contenido serohemático.

El paciente evolucionó con mejoría clínica y reducción progresiva de la colección en el seguimiento realizado a los 15 días.

La ecografía nos permitió reducir la incertidumbre diagnóstica, se evitó una actitud expectante potencialmente inapropiada y se acortó el tiempo hasta el tratamiento definitivo, previniendo la progresión de la colección y posibles complicaciones más graves. Sin esta herramienta, la valoración habría dependido exclusivamente de la exploración física, menos precisa para diferenciar entre edema postoperatorio normal y una complicación quirúrgica relevante. Este caso manifiesta el alto valor de la ecografía clínica como extensión de la exploración física en la consulta de Atención Primaria.

MARÍA TERESA CASTAÑ ABAD
JOSÉ MARÍA PALACÍN PERUGA
MARTA ORTEGA BRAVO
MARIA ISABEL GRACIA VILAS
TERESA JOVÉ MARTÍNEZ
ANNA SABATÉ NAVARRO

Contacte:
castanmaite1989@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10174

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia clínica POCUS en el diagnòstic precoç d'una colecistitis perforada en pacient immunodeprimida en Atenció Primària

L'ecografia clínica a peu de llit (POCUS) és una eina cada vegada més rellevant a l'Atenció Primària, especialment en l'abordatge urgent del dolor abdominal. La seva disponibilitat immediata pot facilitar la detecció precoç de patologia greu i accelerar la derivació hospitalària, com és el cas que descrivim. Dona de 63 anys amb antecedents de trasplantament renal, diabetis mellitus tipus 1, hepatopatia crònica i malaltia renal crònica, que consulta al CAP el 16/03/2026 per dolor abdominal de quatre dies d'evolució localitzat a hipocondri dret/flanc dret, amb empitjorament progressiu i limitació funcional. A l'exploració destacava dolor abdominal a la palpació i taquicàrdia, sense febre ni clínica digestiva associada rellevant.

Es va realitzar ecografia clínica abdominal al CAP, observant vesícula biliar distesa, amb marcada alteració de la paret, imatge compatible amb litiasi i signes suggestius de complicació inflamatòria greu. La correlació entre la clínica i les troballes ecogràfiques va permetre sospitar patologia biliar complicada i indicar derivació urgent hospitalària el mateix dia. A urgències hospitalàries es va completar estudi amb TAC abdominal, confirmant colecistitis aguda perforada amb col·lecció subhepàtica i posterior evolució a peritonitis biliar difusa. La pacient va requerir colecistectomia laparoscòpica urgent, ingrés a UCI i tractament antibiòtic endovenós. L'evolució posterior va ser favorable després d'ingrés hospitalari prolongat. Aquest cas evidencia el valor de l'ecografia clínica en Atenció Primària com a eina diagnòstica ràpida i accessible davant dolor abdominal potencialment greu, fins i tot en pacients complexos i immunodeprimits, on la presentació clínica pot ser poc específica.

La integració de l'ecografia clínica en l'atenció urgent a Primària permet millorar la capacitat diagnòstica, prioritzar adequadament les derivacions i reduir el temps fins al tractament definitiu en patologia abdominal greu.

CARLOS ROCA BURILLO

Contacte:
croca@comll.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10176

Comunicació:
PÒSTER

Utilitat de l'ecografia ocular en la pèrdua de visió aguda

Àmbit del cas: Atenció primària.

Motiu de consulta: Visió borrosa.

Història clínica

Dona de 55 anys amb pèrdua de visió monocular aguda.

Antecedents generals: diabetis mellitus mal controlada amb insulina i glimepirida; hipertensió arterial tractada amb amlodipino, bisoprolol i enalapril.

Antecedents oftalmològics: retinopatia diabètica proliferativa des de 2016.

Pèrdua de visió, de menys de 24 hores, amb una fixació a l'ull esquerre. Nega dolor ocular i antecedent traumàtic. L'exploració ocular externa és normal. L'ecografia ocular amb sonda lineal d'alta freqüència mostra, a la cambra posterior en contacte amb la retina sense trencament ni separació, forma de coma amb moviment ondulant amb la mobilització ocular. No es va realitzar oftalmoscòpia indirecta.

Judici clínic: Pèrdua de visió aguda a l'ull esquerre, sospita de patologia al pol posterior.

Diagnòstic diferencial: Oclusió vascular retiniana; hemorràgia vítria; desprendiment de retina. Els antecedents i la imatge ecogràfica ens orienten a hemorràgia vítria o desprendiment de retina. La retinopatia diabètica proliferativa causa pèrdua de visió brusca indolora per hemorràgia vítea, que pot evolucionar a desprendiment de retina traccional amb pèrdua visual més progressiva.

Tractament i plans d'actuació: Derivació urgent a oftalmologia de referència per pèrdua de visió aguda. Oftalmologia diagnòstica hemorràgia vítea subhialoidea; vitreoretinopatia proliferativa inferior, amb retina aplicada; es reprograma per tractament segons protocol. Es realitza vitrectomia via pars plana amb extracció de la proliferació vitreoretiniana, endodiatermia, endolàser i oli de silicona.

Evolució: Cobertura antibiòtica (tobramicina + dexametasona), cicloplègic, oclusió i repòs 24 hores. Seguiment a consultes externes d'oftalmologia amb ampliació panfotocoagulació retiniana. Recuperació progressiva de la visió.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: L'ecografia ocular POCUS (point-of-care-ultrasound) aporta una orientació diagnòstica ràpida i augmenta la capacitat de resolució de l'atenció primària. És una eina amb alta sensibilitat i especificitat sense requerir ni una alta capacitat ni una gran experiència.

GRETEL PIMENTEL BARREIRO
ADNIEL GARCÍA CRUZ
MARCELA MEJÍA MONDRAGÓN

Contacte:
gpimentel.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10177

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, m'ha sortit un bony al coll

Pacient de 46 anys amb antecedents d'infecció per VIH en tractament antiretroviral actiu i amb controls clínics i analítics adequats, que consulta al servei d'urgències per un quadre catarral de tres dies d'evolució. Referia tos seca irritativa, odinofàgia i febrícula, sense altra simptomatologia associada. Després d'un accés intens de tos, la pacient nota l'aparició sobtada d'una tumoració laterocervical dreta dolorosa, no pulsàtil.

A l'exploració física destacava una massa cervical lateral dreta sensible a la palpació, amb signes cutanis inflamatoris d'eritema sense edema ni compromís respiratori.

Davant sospita diagnòstica de possible afectació vascular, es va realitzar una ecografia cervical urgent que objectivava compressió de la vena jugular sense identificar masses amb flux turbulent, troballes suggestives de pseudoaneurisma. Tenint en compte els antecedents personals i el context clínic, es va decidir derivació hospitalària per completar estudi i descartar patologia vascular greu.

A urgències hospitalàries es va efectuar anàlítica sanguínia amb dímer D negatiu, proteïna C reactiva elevada i absència de leucocitosi o altres alteracions significatives. Posteriorment, es va realitzar una tomografia computada cervical que va evidenciar múltiples adenopaties inflamatòries en el context d'una cel·lulitis cervical, responsables de la compressió de la vena jugular, descartant finalment pseudoaneurisma o altres complicacions vasculars.

Es va iniciar tractament amb antibiòtics i antiinflamatoris, amb evolució clínica favorable i resolució progressiva de la simptomatologia. Aquest cas posa de manifest la importància del diagnòstic diferencial davant masses cervicals d'aparició aguda i la utilitat de les proves d'imatge en l'abordatge urgent, especialment en pacients amb antecedents d'immunosupressió.

GRETEL PIMENTEL
MARCELA MEJÍA MONDRAGÓN
ADNIEL GARCÍA CRUZ
CARLA VANESA ROMERO ROJAS

Contacte:
gpimentel.lleida.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10178

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, em fa mal el pit

Pacient de 72 anys anticoagulat per fibril·lació auricular que acudeix al servei d'urgències per dispnea i dolor toràcic dret després d'una caiguda accidental dos dies abans. A l'exploració física destacava una saturació basal d'oxigen del 91%, taquipnea de 26 respiracions per minut amb treball respiratori associat i presència d'emfisema subcutani lleu a nivell del novè-desè arc costal dret.

Davant la sospita de complicació toràcica posttraumàtica, es va realitzar ecografia clínica a peu de llit, que va evidenciar troballes compatibles amb hemotòrax dret associat a possibles fractures costals. L'estudi ecogràfic va permetre orientar precoçment el diagnòstic i el pacient va ser derivat a urgències hospitalàries per valoració per cirurgia toràcica.

A urgències es va realitzar una anàlítica que va evidenciar una anemització de dos punts respecte a una anàlítica prèvia. Davant aquests resultats, es va efectuar una tomografia computaritzada (TAC) toràcica, que va confirmar la presència d'hemotòrax dret associat a fractures desplaçades de la vuitena i novena costella dreta.

Un cop confirmades les troballes, el pacient va ser valorat per cirurgia toràcica i es va procedir a la col·locació d'un drenatge pleural, sense complicacions posteriors i amb evolució clínica favorable.

La utilització de l'ecografia pulmonar en el context d'urgències va demostrar ser una eina ràpida, accessible i de gran utilitat diagnòstica en un pacient amb antecedents d'anticoagulació i simptomatologia respiratòria després d'un traumatisme toràcic. Aquest cas posa en relleu el paper de l'ecografia mèdica en la detecció precoç de complicacions traumàtiques i en l'agilització de la presa de decisions terapèutiques.

MONTSE MASAMUNT PARIS
ANNA MONTILLA HERNÁNDEZ
NEUS DOMENE MARTÍ
LAURA PUJOL MONTANUY
MÓNICA CUELLAR QUEROL
GUILLER TRILLA AYMERICH

Contacte:
monchitos74@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10179

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia abdominal a l'Atenció Primària (AP): Detecció incidental de patologia annexial. A propòsit d'un cas

Agenda d'ecografia abdominal del centre d'Atenció Primària (CAP).

Motiu de consulta: Dolor abdominal lleu subagut.

Anamnesi: Dona de 81 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, hipotiroidisme, dislipèmia i litiasi renal. Refereix dolor abdominal hipogàstric persistent, sense síndrome miccional, febre, pèrdua de pes ni clínica digestiva associada.

Exploració física i proves complementàries: A l'exploració física presenta dolor a la palpació profunda en hipogàstri, amb puny-percussió lumbar bilateral negativa, sense altres troballes rellevants. La tira d'orina mostra microhematúria aïllada, per la qual cosa, juntament amb la persistència del dolor, es realitza ecografia renovesical.

Ecografia urològica del CAP: Ronyons de morfologia i mida conservades, sense ectàsia ni litiasi. La bufeta, subòptimament replecionada i no valorable, per la presència d'una gran massa de contorns irregulars hipoeoica amb contingut anecoic de 12cm de mida aproximadament suggestiva d'origen uterí o annexial.

Es realitza TAC abdominal, objectivant-se úter augmentat de mida i d'aspecte miomatos recomanant valoració ginecològica. Posteriorment, l'ecografia transvaginal mostra una massa pèlvica mixta en íntim contacte amb l'úter, suggestiva de mioma sense poder descartar origen annexial. Finalment, la Resonància magnètica pèlvica confirma una massa sòlid-quística d'11 cm associada a ascites i lesions pèlviques, compatible amb neoplàsia ovàrica tipus cistoadenocarcinoma.

Orientació diagnòstica: Neoplàsia ovàrica.

Diagnòstic diferencial: Mioma uterí de gran mida, tumor annexial benigne, neoplàsia ovàrica.

Tractament i evolució: La pacient és derivada al servei de ginecologia hospitalària, on es realitza cirurgia citoredutora mitjançant laparotomia.

Conclusions i aplicabilitat en Atenció Primària (AP): L'ecografia abdominal en Atenció Primària és útil en la detecció incidental de patologia annexial. La seva accessibilitat i visió abdominopèlvica global faciliten la sospita de masses de gran mida, orientant el diagnòstic i la derivació en patologies poc simptomàtiques com el càncer d'ovari, contribuint a reduir el retard diagnòstic.

DANIEL MANTEIGA RODRÍGUEZ
RAQUEL GAYARRE AGUADO
LAURA SANTIAGO PÉREZ
GEMMA SANCHÍS VALLS
HELENA VELEDO ÁLVAREZ
CRISTINA MAÑAS GUALLARTE

Contacte:
danielmanteiga.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10180

Comunicació:
PÒSTER

Colestasis disociada: Un reto diagnóstico a pie de cama

Àmbit del cas: Atenció domiciliaria.

Motivo de consulta: Astenia.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 95 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión, accidente isquémico transitorio reciente, estenosis del canal lumbar y litiasis biliar, entre otros. Consulta por astenia, somnolencia y sudoración nocturna. No asocia fiebre, pérdida ponderal ni otra sintomatología. A la exploración física destaca tendencia a la hipertensión y crepitantes bibasales a la auscultación, sin otras alteraciones significativas. La analítica muestra hipertransaminasemia de predominio colestásico sin hiperbilirrubinemia y se realiza estudio etiológico con serología de hepatitis, ceruloplasmina, alfa1-antitripsina y autoinmunidad (AMA y ASMA) negativos.

Enfoque familiar y comunitario: vive con cuidadora 24 horas con buen soporte familiar, presentando dependencia moderada para actividades basales y fragilidad inicial. Catalogada como paciente crónica compleja, se realiza atención domiciliaria.

Juicio clínico: Colestasis disociada en estudio.

Plan: Se realiza ecografía clínica a pie de cama con ecógrafo ultraportátil, evidenciando colédoco dilatado sin imágenes compatibles con litiasis biliar y lesión isoecoica, redondeada y bien delimitada a nivel de cabeza de páncreas.

Evolución: Ante los hallazgos descritos se consensúa TC abdominal, que corrobora leve dilatación de la vía biliar extrahepática sin identificar causa obstructiva. Se reduce dosis de atorvastatina por sospecha de origen farmacológico y por ser uno de los fármacos recientemente iniciados, con discreta mejoría analítica. Se contacta con geriatría para solicitar colangioRMN, quienes recomiendan suspender estatina. La colangioRMN ratifica leve ectasia de vía biliar con colédoco de 9mm, sin identificar causa obstructiva. En analítica de control tras cese de estatina normalización del perfil hepático, por lo que se diagnostica dilatación idiopática de colédoco y colestasis por estatinas.

Conclusiones:

- La colestasis es un efecto adverso raro descrito con estatinas.
- La ecografía ultraportátil permitió una valoración inmediata y precisa en domicilio, optimizando la necesidad de pruebas de imagen complementarias.

JU YOUNG SHIN KANG
MARÍA JOSÉ EVANGELIO SEQUI
ISABEL RODRIGUES GONÇALVES
ARIADNA PELEJÁ ARROYO
ADRIANA PALMEIRA DIAS

Contacte:
sjysk27@gmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10181

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia clínica i dolor abdominal: Detecció d'un pòlip vesicular a la consulta d'Atenció Primària

Dona de 45 anys, sense antecedents patològics d'interès, que consulta a Atenció Primària per dolor intermitent a hipocondri dret de diverses setmanes d'evolució, sense febre, clínica digestiva associada ni síndrome constitucional. A l'exploració física presentava bon estat general i lleugera molèstia a la palpació profunda de l'hipocondri dret, sense signes d'irritació peritoneal. Es va sol·licitar analítica sanguínia amb hemograma, bioquímica i perfil hepàtic, sense alteracions rellevants.

Davant la persistència de la simptomatologia, es va realitzar ecografia clínica abdominal a la consulta d'Atenció Primària. A l'exploració ecogràfica es va objectivar una imatge hiperecogènica intraluminal adherida a la paret de la vesícula biliar, sense ombra acústica posterior ni mobilitat amb els canvis posturals, i Doppler negatiu, compatible amb pòlip vesicular. No s'hi van evidenciar signes de colecistitis ni litiasi biliar associada. Es va establir el diagnòstic diferencial amb colelitiasi, fang biliar i adenomiositosis vesicular.

Atesa la clínica de la pacient i les característiques ecogràfiques de la lesió, es va decidir derivació al servei de Cirurgia General per a valoració especialitzada i seguiment. La pacient va romandre clínicament estable, sense complicacions agudes.

Aquest cas posa de manifest la utilitat de l'ecografia clínica a l'Atenció Primària com una eina diagnòstica accessible, innòcua i de gran valor en l'abordatge del dolor abdominal. La seva incorporació a la pràctica clínica del metge de família permet augmentar la capacitat resolutiva, reduir la incertesa diagnòstica i optimitzar la derivació hospitalària, afavorint un maneig més eficient i precoç de la patologia biliar.

ANDER BURGAÑA AGOÛES
JAVIER OGANDO GARCIA
DÚNIA HERNÁNDEZ
ANNA MÉNDEZ OLAVIDE
CLÀUDIA DASCA ROMEU
ESTHER RUBIO

Contacte:
aburgana@mutuaterrassa.cat

Número de registre:
IICECOAP_10182

Comunicació:
PÒSTER

Dolor de bessó en pacient jove: més enllà d'una lesió muscular

Motiu de consulta: Home de 26 anys que consulta per dolor agut al bessó esquerre d'aparició sobtada en aixecar-se d'una cadira. Presenta impotència funcional i augment del dolor amb la flexió dorsal del peu, sense haver patit cap traumatisme previ ni esforç físic inusual en les hores anteriors.

Història clínica

Fa esport recreatiu (bàsquet). RM realitzada en l'àmbit privat informa de possible lesió muscular grau II del bessó intern. Després de 15 dies de repòs i antiinflamatoris el pacient persisteix amb dolor i dificultat per a la marxa i consulta al CAP.

Enfocament individual (Ecografia): A la valoració no mostra hematoma, edema ni signe de Homans. Es realitza una ecografia amb sonda lineal d'alta resolució, identificant una estructura vascular distesa i no compressible a la regió de les venes gastrocnèmies medials. S'observa un trombe ecogènica intraluminal amb una extensió longitudinal de 2,94 cm. L'estudi amb Doppler color confirma un defecte d'ompliment complet de la llum venosa. La integritat del patró fibril·lar muscular i l'absència de col·leccions líquides permeten descartar la ruptura miofascial inicialment diagnosticada. El Dímer-D va ser de 317 ng/ml.

Diagnòstic: Trombosi venosa profunda (TVP) distal de venes gastrocnèmies medials.

Pla d'actuació: S'inicia anticoagulació amb Enoxaparina i compressió elàstica, realitzant posteriorment el canvi a Apixaban 5 mg/12 h. Atesa l'edat del pacient i el caràcter idiopàtic de l'episodi, es completa l'abordatge amb un estudi exhaustiu de coagulopaties i trombofílies, que va resultar negatiu. Es va indicar anticoagulació durant 6 mesos.

Evolució: Actualment porta 1 mes anticoagulat i la primera ecografia de control ha mostrat recanalització d'una de les venes gastrocnèmies.

Conclusions: El dolor de bessó és un motiu de consulta freqüent on l'ecografia a l'atenció primària esdevé una eina decisiva. Permet rectificar diagnòstics erronis, diferenciar amb precisió entre patologia muscular i vascular, i orientar adequadament l'estudi etiològic.

MONTSE SALGADO PINEDA
EVA MAYOR ISAAC
MÉLODI POZO MOSCOSO
FERNANDO PELETEIRO SÁNCHEZ
GEMMA ALBACETE BOIXADERA
MIGUEL ÁNGEL SARLAT RIBAS

Contacte:
lolafis07@yahoo.es

Número de registre:
IIECOAP_10183

Comunicació:
PÒSTER

Hidronefrosis casual o causal

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP) i seguiment compartit amb Urologia.

Motiu de consulta: Home de 52 anys amb còlics nefrítics esquerres de repetició.

Història clínica

Pacient sense antecedents personals d'interès ni tractament habitual. Arran dels nefrítics esquerres de repetició es realitza ecografia clínica a consulta AP, amb visualització de ronyó dret amb morfologia alterada i important hidronefrosi. Es comenta el cas amb Urologia. Les proves complementàries (TC, RMN i renograma) mostren atròfia renal dreta amb ureterohidronefrosi crònica secundària a litiasi ureteral proximal de 6 mm, amb anul·lació funcional parcial del ronyó dret (Funció renal relativa 20/80 %). El ronyó esquerre presenta litiasi calicial inferior no obstructiva múltiple, amb funció renal conservada (Filtrat Glomerular 88). I s'observa colelitiasi. El març de 2024 ingressa per ureterorenoscòpia flexible esquerra, identificant-se petites litiasis epitelitzades de difícil accés, sense possibilitat de litotricia efectiva. Posteriorment, persisteixen episodis de còlic nefrític esquerre i aparició de dolor abdominal dret. Davant la poca correlació clínica amb les litiasis estables, es descarten altres causes de dolor i es realitza colecistectomia laparoscòpia el setembre de 2024.

Diagnòstic diferencial: Nefropatia obstructiva crònica dreta secundària a litiasi ureteral amb atròfia renal i hidronefrosi severa. Litiasi renal esquerra no obstructiva simptomàtica. Colelitiasi.

Pla: Seguiment conservador per Urologia, controls ecogràfics i tractament simptomàtic. Valoració futura de nefrectomia dreta com a última opció terapèutica.

Evolució: Millora del dolor post-colecistectomia, amb estabilitat radiològica de la seva patologia renal. Darrera ecografia de control: hidronefrosi crònica i atròfia renal dreta conegudes, i ronyó esquerre vicariant amb dues microlitiasis calicials inferiors, sense obstrucció. Pendent de nova valoració terapèutica per Urologia. Repercussió emocional en el pacient pel dolor persistent i limitació funcional.

Conclusions: La integració entre ecografia clínica, seguiment longitudinal i coordinació amb especialitzada és clau en el maneig de la litiasi complexa i del dolor persistent en AP.

ILENA PINO ROMERO
HECTOR PÉREZ OCHOA

Contacte:
lenna264@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10185

Comunicació:
PÒSTER

Un “bulto en el cuello” no es banal

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Disfagia y bulto en cuello.

Historia clínica

Paciente mujer de 52 años, desde hace 1 mes presenta dolor y bulto en cuello, asociado a disfagia alta. No otra clínica. No síndrome tóxico.

Enfoque individual: No hábitos tóxicos. Antecedentes de Asma bronquial, reflujo gastroesofágico, esteatosis hepática. Antecedente familiar: Madre cáncer de mama.

Exploración Física: Se palpa nódulo a nivel tiroideo izquierdo, de consistencia dura. Adenopatía supraclavicular izquierda.

Pruebas complementarias:

- Ecografía clínica de cuello, se observa nódulo hipoecogénico y heterogéneo el Lóbulo Tiroidal Izquierdo de 1.8x1.5 cm con Doppler en su interior. (Imagen 1 y 2). Adenopatía supraclavicular izquierda típica.
- Analítica destaca enzimas hepáticas elevadas. (AST 56, ALT 88.8, GGT 190). CT 255 y LDL 162. Resto (TSH, Calcio, PTH) normal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: Ante los hallazgos clínicos y ecográficos sospechosos, se orienta como un nódulo tiroidal probablemente maligno con diagnóstico diferencial nódulo tiroideo benigno.

Tratamiento y plan de actuación: Se deriva a la consulta de diagnóstico rápido de Otorrinolaringología. Se realizó ecografía reglada que confirma sospecha: nódulo tiroideo izquierdo TI-RADS 4. Y aconseja la punción aspiración con aguja fina (PAAF).

Evolución: Tras el resultado de la PAAF: Sospecha de carcinoma papilar Bethesda V. Le realizaron una tiroidectomía total y está en tratamiento sustitutivo.

Conclusión: El carcinoma papilar de tiroides representa la neoplasia maligna tiroidea más frecuente, suele presentarse como nódulo tiroideo asintomático; sin embargo, la aparición de síntomas compresivos, o adenopatías cervicales obliga a ampliar el estudio.

Una vez más se pone de manifiesto el valor de la ecografía clínica como herramienta de apoyo diagnóstico en Atención Primaria. La incorporación de protocolos estructurados de ecografía cervical en AP podría contribuir a disminuir la variabilidad clínica y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

NOÉLIA RASCÓN ROIG
RAFAEL ENRIC GUARCH MARTÍ
SERGIO CERVERA APARICIO
GEMMA JUÁREZ CID
CINTA MONCLÚS ARASA
MONTSE ANDREU MIRALLES

Contacte:
nrasconr.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10187

Comunicació:
PÒSTER

Radiografia simple o ecografia de parts toves?

Exploració física: Afebril. Dolor a la palpació, tumefacció a regió referida on presenta ferida supurativa amb material purulent.

Proves complementàries: Ecografia clínica: imatge hiperecogènica de distribució lineal de 1.67*4.17mm a uns 3mm de la superfície, amb ombra acústica posterior, compatible amb cos estrany.

Judici clínic: Cos estrany ferida.

Diagnòstic diferencial: abscess cutani, cel·lulitis, tenosinovitis infecciosa, osteomielitis posttraumàtica

Pla d'actuació, tractament i evolució: Consulta telefònica amb traumatòleg de guàrdia. Es cita al dia següent a consultes de traumatologia.

Sol·liciten radiografia simple: normal, sense evidència de cos estrany.

Extracció del cos estrany sota anestèsia local, es col·loca drenatge d'abscess, es pauta antibiòtic i cura per segona intenció. Evolució favorable.

Conclusions(i aplicabilitat per a la Medicina de Família): Aquest cas posa de manifest com l'ecografia a l'Atenció Primària (AP) ajuda a detectar precoçment possibles complicacions d'una ferida que no cura per la presència d'un cos estrany. L'ecografia és més sensible per la detecció d'un cos estrany que una radiografia simple. Permet detectar cossos estranys radiotransparents (fusta, espines, plàstic, vidre) Permet veure la localització exacta, profunditat i relació amb tendons, vasos i nervis. La radiografia només detecta materials radioopacs (metalls, algun tipus de vidre o pedres depenent de la composició i mida) i té baixa sensibilitat per a la fusta i materials orgànics. Per aquest motiu, en un pacient amb sospita de cos estrany cutani, l'ecografia clínica és la prova d'elecció.

NICOLE ALEJANDRA HERNÁNDEZ RIVERA
VISHAL SHAHANI SHAHANI
MARTA CARABASA SERRA
MARIA ESPERANÇA LLOVER BOSCH
ANA BELÉN FERNÁNDEZ GUERRA
NURIA PARRA MACÍAS

Contacte:
nahernandez@salutemporda.cat

Número de registre:
IICECOAP_10188

Comunicació:
PÒSTER

ECOFRAGIL: Validació d'un nou índex mediat per ecografia pel cribratge de fragilitat

Justificació: La fragilitat és una síndrome geriàtrica freqüent i potencialment prevenible, associada a discapacitat, hospitalització i mortalitat. Malgrat la seva importància, la detecció precoç en Atenció Primària és limitada. L'ecografia muscular s'ha proposat com a biomarcador objectiu, especialment mitjançant el gruix del recte femoral i del compartiment anterior de la cuixa. Alhora, la soledat no desitjada és un determinant social rellevant, estretament relacionat amb la fragilitat física i global, fet que en reforça la inclusió en estratègies de cribratge.

Objectiu: Validar un índex ecogràfic de fragilitat basat en el gruix del recte femoral i avaluar si la seva combinació amb el cribratge sistemàtic de soledat no desitjada millora la detecció de fragilitat en persones de 70 anys o més en Atenció Primària.

Metodologia: Estudi observacional analític transversal en una Àrea Bàsica de Salut, amb 450 persones =70 anys que viuen a la comunitat. Es recolliran dades sociodemogràfiques i clíniques, i s'aplicaran les escales FRAIL (estàndard) i VIG-FRAIL. La soledat s'avaluarà amb una escala validada (UCLA). L'ecografia del recte femoral es farà a l'extremitat dominant amb un equip Esaote MyLab™ Sigma, seguint un protocol estandarditzat. Es mesurarà el gruix del recte femoral de la cuixa, i es valorarà la fiabilitat interobservador amb el coeficient de correlació intraclasse. Es construirà un índex ecogràfic i un model combinat, analitzant la validesa diagnòstica amb corbes ROC, sensibilitat, especificitat i àrea sota la corba.

Resultats esperats: L'índex ecogràfic mostrarà associació significativa amb la fragilitat i capacitat discriminativa moderada. La combinació amb la soledat millorarà el rendiment diagnòstic, augmentant la sensibilitat amb especificitat acceptable.

Aplicabilitat pràctica: El projecte pot aportar una eina integrada, objectiva i viable per a la detecció precoç de fragilitat en Atenció Primària, alineada amb estratègies de prevenció i envelliment saludable, amb potencial d'implementació clínica.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

NOELIA RASCÓN ROIG
SERGIO CERVERA APARICIO
RAFAEL ENRIC GUARCH MARTÍ
GEMMA JUÁREZ CID
IRENE BORRÁS VILALTA
TERESA FORCADELL ARENAS

Contacte:
nrasconr.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10189

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia clínica i símptomes del tracte urinari inferior

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Pol·laciúria, tenesme i nictúria.

Història clínica

Anamnesi: Home de 78 anys, consulta per pol·laciúria, tenesme i nictúria de 6 mesos d'evolució. Els darrers dies, pol·laciúria cada 15 minuts, tenesme i nictúria de fins a 20 ocasions. S'acompanya d'incontinència urinària d'urgència. No febre. No dolor abdominal ni lumbar.

Antecedents personals: Tabaquisme, alcoholisme.

Exploració física: Res a destacar.

Proves complementàries:

- Tira d'orina: Hematies +++++. Rest a normal.
- Anàlítica: PSA 1.63 ng/mL, creatinina 0.83mg/dL, urea 28mg/dL. FG 84.3mL/min/1.73m²
- Urinocultiu negatiu.

Es programa ecografia urològica a la consulta AP l'endemà.

Ecografia clínica urològica amb sonda ultraportàtil: Ronyó dret i esquerre de 11,4cm i 11,9cm de diàmetre amb ecoestructura normal. Bufeta urinària parcialment repleccionada amb imatge hiperecogènica a l'interior de 29x19mm amb ombra acústica posterior. Jets urinaris presents. Volum premiccional 134cc, postmiccional 62cc. Pròstata de 61cc. Conclusions: Litiasi intravesical. Hiperplàsia benigna de pròstata (HBP) grau III.

Judici clínic: Litiasi intravesical.

Diagnòstic diferencial: Síndrome prostàtica per HBP, infecció urinària, bufeta hiperactiva, neoplàsia vesical.

Plans d'actuació, tractament i evolució: Derivació preferent a urologia. A la setmana es realitza cistoscòpia que confirma el diagnòstic de múltiples litiasis vesicals. Posteriorment, TAC urològic amb resultat de litiasi vesicals múltiples, les més grans de 22 i 9mm; i pròstata augmentada de mida. No litiasis renals ni ureterals. Es programa cistolitectomia percutània ja que es tracta de múltiples càlculs i de grans dimensions que dificulten l'abordatge transuretral.

Conclusions (i aplicabilitat per a la Medicina de Família): Aquest cas clínic posa de manifest que una Atenció Primària amb els recursos adequats com l'ecografia clínica, potencia la seva capacitat resolutiva i aporta al pacient un diagnòstic i tractament precoç.

MARÍA JOSÉ EVANGELIO SEQUÍ
JU YOUNG SHIN KANG
ARIADNA PELEJÁ ARROYO
ADRIANA PALMEIRA DIAS
ISABEL RODRIGUES GONÇALVES
ELBA ZURDO MUÑOZ

Contacte:
mj.evangelio.sequi@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10190

Comunicació:
PÒSTER

Ecografía clínica en Medicina de Familia: Una respuesta bajo la piel

Àmbit del cas: Atención Primaria.

Motivos de consulta: El caso clínico es un varón de 40 años, sin antecedentes personales, que consulta por aparición progresiva de dolor en la cara anterior del muslo derecho.

Historia clínica

Anamnesis, el paciente refiere haber sufrido los días previos un impacto con un balón mientras jugaba a fútbol. Posteriormente inicia dolor con inflamación y limitación funcional con imposibilidad para la extensión de la extremidad. Niega fiebre u otra clínica asociada. En la exploración física destaca tumefacción en el tercio medio del muslo derecho, dolor localizado a la palpación y limitación funcional significativa, especialmente para la extensión, sin signos inflamatorios cutáneos ni signos de sobreinfección.

Se realizó ecografía musculoesquelética en consulta, observándose una colección hipoeoica heterogénea localizada en el músculo recto anterior del cuádriceps, compatible con hematoma intramuscular postraumático. La lesión no presentaba señal Doppler en su interior ni hallazgos sugestivos de absceso o lesión sólida, comparándose además con el miembro contralateral para una mejor valoración.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: En el diagnóstico diferencial se consideraron una rotura muscular parcial, absceso intramuscular, tumor de partes blandas y miositis osificante inicial, estableciéndose finalmente el diagnóstico de hematoma intramuscular postraumático.

Se optó por manejo conservador, indicando reposo relativo, analgesia, aplicación de hielo local, compresión y elevación de la extremidad afectada, asociando seguimiento ecográfico evolutivo.

Evolución: Se realizó seguimiento ecográfico, observándose progresiva reabsorción del hematoma hasta su resolución completa, sin precisar pruebas complementarias adicionales.

Conclusiones y aplicabilidad: Este caso evidencia la importancia de la ecografía clínica como herramienta complementaria de la exploración física en Medicina de Familia, facilitando el diagnóstico diferencial, optimizando la toma de decisiones y evitando derivaciones innecesarias.

CLARA RICART PLANAS
ALEX CATALÁN JOLONCH
MARIA JULIÀ MARTÍNEZ
CARLOS SÁNCHEZ DE DUEÑAS
SANDRA PEQUEÑO SAGO
LAURA ILLAMOLA MARTÍN

Contacte:
ricartclara@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10195

Comunicació:
ORAL

Associació entre la massa muscular mesurada per ecografia i la malnutrició en la gent gran a l'atenció primària

Introducció: L'envelliment s'associa a una pèrdua progressiva de massa muscular, amb una prevalença estimada de sarcopènia de 10%-27% en >60 anys, que comparteix mecanismes fisiopatològics amb la malnutrició. L'ecografia del múscul recte femoral (RF) és accessible, innòcua i reproducible, incorporable a l'atenció primària (AP) per a la detecció precoç de pèrdua muscular. La seva relació amb la malnutrició resta escassament estudiada.

Objectius: Descriure la prevalença de baixa massa muscular, analitzar la seva associació amb l'estat nutricional en persones de ≥65 anys ateses a l'AP, i analitzar la relació entre risc de sarcopènia (SARC-F), força de prensió manual i malnutrició.

Material i mètodes: Estudi observacional, transversal i descriptiu en dos centres d'AP urbans. Es van incloure 70 pacients de ≥65 anys. Es van excloure persones amb deteriorament cognitiu avançat, dependència severa o cures pal·liatives. Fase preliminar d'un estudi de mida mostral estimada de 139 participants. La variable dependent fou el gruix del RF per ecografia (baixa massa: homes <20 mm, dones <16 mm). Variables independents inclogueren l'estat nutricional (Mini Nutritional Assessment [MNA]), risc de sarcopènia (SARC-F), força de prensió manual, índex de massa corporal (IMC), edat i sexe. Es realitza estadística descriptiva i anàlisi bivariada mitjançant khi-quadrat, t de Student i U de Mann-Whitney.

Resultats: El 74,3% dels participants presentaren baixa massa muscular segons el gruix del RF. Els pacients amb baixa massa muscular mostraren puntuacions MNA significativament inferiors ($25,24 \pm 2,47$ vs. $26,41 \pm 2,15$; $p = 0,04$). Tant el SARC-F com la força de prensió manual s'associaren significativament amb l'estat nutricional ($p = 0,010$ i $p = 0,03$).

Conclusions: Els resultats preliminars suggereixen una elevada prevalença de baixa massa muscular en població gran ambulatoria i una associació significativa amb l'estat nutricional. L'ecografia muscular i cribratge nutricional a l'AP podrien facilitar intervencions precoces per preservar la qualitat de vida.

EVA LECEAGA-GAZTAMBIDE
MAR DOMINGO TEIXIDOR
LAURA CONANGLA-FERRIN
DAVID PELUFO
DANIEL JORBA GUILLEN
PERE TORAN MONTSERRAT

Contacte:
eleceaga@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10202

Comunicació:
ORAL

Ecografía pulmonar en pacientes ambulatorios con ICfEp

Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICfEp) constituye una forma cada vez más frecuente de insuficiencia cardíaca (IC). La congestión pulmonar subclínica suele infraestimarse mediante los síntomas y la exploración física. La ecografía pulmonar (EP) permite detectar dicha congestión mediante líneas B, incluso en fases precoces, aunque su papel en pacientes con ICfEp atendidos en Atención Primaria sigue estando poco definido.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, multicéntrico que incluyó pacientes ambulatorios con ICfEp, antecedente de hospitalización por descompensación de IC y clase funcional estable según la New York Heart Association durante los tres meses previos. La evaluación basal comprendió valoración clínica, biomarcadores (NT-proBNP y CA-125), fragilidad mediante el índice VIG-Frail, calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca, prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M) y ecografía pulmonar mediante un protocolo de 28 zonas. Se excluyeron pacientes con derrame pleural y las líneas B se cuantificaron de forma diferida.

Resultados: 188 pacientes (edad media $77,3 \pm 9,9$ años; 52,1% mujeres; 46,9% obesos; 81,9% NYHA II; NT-proBNP mediano 974 pg/mL; 76% en tratamiento con diuréticos de asa). El 86,5% presentó al menos una línea B y un tercio =5 líneas B pese a la estabilidad clínica. Un mayor número de líneas B se asoció con cifras más elevadas de presión arterial sistólica, presencia de crepitantes pulmonares y mayores niveles de NT-proBNP y CA-125. No se observaron asociaciones significativas entre las líneas B y la PM6M, el índice VIG-Frail ni la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: En pacientes ambulatorios estables con ICfEp atendidos en Atención Primaria, la ecografía pulmonar identifica congestión pulmonar subclínica. Las líneas B se asocian con biomarcadores de congestión, crepitantes pulmonares y presión arterial sistólica, pero no con la capacidad funcional, la fragilidad ni el estado de salud percibido por el paciente.

LISSETT SILVIA CASTRO BRAVO
LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
castrolibravo0@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10203

Comunicació:
PÒSTER

Hallazgo incidental de un Quiste Renal Complejo: El Desafío del Manejo en Atención Primaria

Ámbito del Caso: Centro de atención rural.

Motivos de la Consulta: Mujer de 67 años, con antecedentes de Hipertensión arterial (HTA): 2021, medicada con Valsartán 80mg/24horas, Hidroferol 0.266mg/mes. Asintomática. Se indica la realización de una ecografía abdominal de control debido a un perfil hepático alterado detectado en una analítica previa.

Exploración Física: Negativo.

Pruebas Complementarias: Analítica: Alaninotransferasa: 36U/l, aspartato aminotransferasa: 38U/l, Glucuroniltransferasa: 26U/l, Colesterol total: 214mg/dl. Anticuerpos (Ac) hepatitis A: positivo, Ac hepatitis B: <2 mU/ml. Resto normal.

Ecografía abdominal: Hígado y Vías Biliares: Tamaño, ecoestructura y márgenes normales; sin imágenes ocupantes de espacio (IOE). Vesícula biliar de paredes lisas, sin litiasis. Riñón Derecho: Tamaño normal (10,77 cm) con grosor cortical conservado y sin litiasis ni ectasia. Riñón Izquierdo: Aumentado de tamaño (13,11 cm). Se identifica un quiste cortical de 6 cm en el polo inferior. Presenta paredes irregulares y un tabique en su interior con zonas hipocogénicas. No muestra captación de señal Doppler. Otros: Páncreas, aorta y vena cava sin hallazgos relevantes. Vejiga poco distendida con jet ureteral izquierdo normal.

Orientación Diagnóstica: Quiste renal complejo en riñón izquierdo (sugerente Bosniak III).

Diagnóstico Diferencial: Quiste Simple (Bosniak I), Quiste Mínimamente Complicado (Bosniak II), Carcinoma de Células Renales (CCR) Quístico, Absceso Renal o Quiste Hemorrágico.

Tratamiento y Evolución: Ante el hallazgo de un quiste con criterios de complejidad ecográfica, la paciente debe ser derivada para la realización de una Tomografía Computarizada abdominal simple e interconsulta con Urología, para una clasificación precisa según la escala de Bosniak. El manejo posterior dependerá de dicha clasificación (seguimiento radiológico vs. intervención quirúrgica).

Conclusiones y Aplicabilidad para la Atención Primaria: Este caso destaca la importancia de la Ecografía en Atención Primaria como herramienta que facilita la detección precoz, valoración inicial precisa y derivación hospitalaria rápida, reduciendo demoras diagnósticas.

CASTRO BRAVO CASTRO BRAVO
LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
castrolibravo0@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10205

Comunicació:
PÒSTER

Abordaje del síndrome prostático mediante ecografía clínica en Atención Primaria: A propósito de un caso de urgencia miccional

Ámbito: Centro de Atención Primaria: Consulta.

Motivo de consulta: Urgencia miccional.

Paciente varón de 76 años con antecedentes de DM2 (Diabetes Mellitus tipo 2), HTA (Hipertensión Arterial), ICTUS y TEP (Tromboembolismo Pulmonar). Acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo síntomas urinarios caracterizados por discreta urgencia miccional y nicturia de 3 veces, sin necesidad de realizar pujos para orinar. International Prostate Symptom Score (IPSS) 4 puntos.

Exploración física y complementarias: Examen físico: Tacto rectal: se palpa próstata aumentada de tamaño, superficie lisa, indolora, móvil, no nódulos.

Ecografía clínica motivada por la clínica de urgencia y la sospecha de dolor cólico, obteniéndose los siguientes hallazgos:

- Riñones: Presencia de litiasis renal derecha. El riñón izquierdo presenta un eje longitudinal de 10,64 cm.
- Vejiga: Se objetiva un volumen pre-miccional de 334,84 cm³. No se aprecia residuo post-miccional significativo.
- Próstata: Hallazgos compatibles con HBP Grado II, con un volumen estimado de 29,41 cm³.
- Analítica: Sangre: normal, Antígeno prostático total (PSA): 3.36ng/ml.

Orina negativa.

Diagnóstico: Hiperplasia benigna de próstata (HPB) grado II. Litiasis renal derecha.

Diagnóstico Diferencial: Vejiga Hiperactiva, Cáncer de Próstata, Cistitis/ITU.

Evolución y tratamiento: Se confirma el diagnóstico de HBP Grado II y litiasis renal derecha. Se pauta tratamiento con Tamsulosina vía oral diaria, mejorando la sintomatología obstructiva.

Aplicabilidad en atención primaria: El uso de la ecografía en consulta permitió un manejo resolutivo, evitando derivaciones innecesarias y agilizando el alivio de la urgencia miccional del paciente.

SÍLVIA RATERA GARCIA
BERTA BERTRANS VILARÓ
CINDY CHINCHILLA ALFARO
OLGA ARCOS PEDRALS
ANNA CRESPIERA HOMS
ANNA ESCALÉ BESA

Contacte:
sratera.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10206

Comunicació:
PÒSTER

L'ecografia clínica ens pot fer canviar l'estratègia diagnòstica?

L'ecografia clínica ens ajuda com a metgesses de família a fer una orientació diagnòstica més precisa i en ocasions ens pot fer canviar la conducta a l'hora de derivar un pacient o demanar proves d'imatge.

Davant de 2 casos de palpació de tumoració abdominal, abans de l'ús de l'ecografia clínica els pacients haguessin estat derivats a la Unitat de diagnòstic ràpid o s'hagués demanat una prova d'imatge urgent per fil·liar la tumoració. Amb l'ús de l'ecografia clínica podem fer una aproximació diagnòstica més acurada evitant derivar a la unitat de diagnòstic ràpid davant la troballa de tumoració abdominal.

Cas 1: Home de 76 anys consulta per epigastràlgia, a l'exploració abdominal es palpa massa a flanc dret, l'ecografia clínica mostra imatges hipocogèniques a ronyó dret i hepàtiques difícils de delimitar suggestives de poliquistosi renal i hepàtica no coneguda pel pacient, com a metgessa de família coneixia antecedents familiars de poliquistosi hepatorenal en el germà i nebodes que van ajudar a valorar de forma no urgent la tumoració confirmant una poliquistosi hepatorenal amb ecografia abdominal reglada i TAC abdominal.

Cas 2: Home de 78 anys amb dolor a epigastri i febrícula, antecedent recent de colecistectomia laparoscòpica per colecistitis. Es practica ecografia abdominal clínica i es visualitza imatge de 3,6cm vertical x 6cm longitudinal hipocogènica respecte parènquima hepàtic a nivell suprahepàtic, coincidint amb la tumoració palpable subjacent a la cicatriu de laparoscòpia a nivell epigàstric. Davant l'orientació d'abscess epigàstric per possible lesió hepàtica durant la laparoscòpia es deriva el pacient a urgències per confirmació diagnòstica i valoració actitud terapèutica. Es va confirmar per TAC col·lecció de 62 x 53 x 38 mm. a epigastri, en contacte i amb possible afectació del lòbul esquerre del fetge, localitzada a nivell subfrènic.

DOLORS LÓPEZ TORRUELLA
PATRICIA PRADO CORTÉS
LEONARDO DAVID HEREDIA RODRÍGUEZ
AMAL DILAI
CAROLINA BERENGUE GONZÁLEZ

Contacte:
dllopezt.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10207

Comunicació:
PÒSTER

Hematuria macroscòpica en atención primaria (AP): Más allá de la litiasis y la neoplasia

Introducción: Hombre de 45 años con hematuria macroscópica de 3 días. No se trata de una litiasis renal ni de un tumor vesical sino de una necrosis papilar (NP).

La hematuria macroscópica es un motivo frecuente en AP. La ecografía dentro de la consulta nos ayuda poder a realizar su diagnóstico.

Descripción del caso: Hombre 45 años, fumador, hipertenso e insuficiencia aórtica moderada. Presenta hematuria macroscópica de 3 días. No fiebre ni dolor. Exploración física anodina. Estudios complementarios: sedimento orina y urocultivo negativos, citologías de orina seriadas negativas. Ecografía renal en AP: riñón izquierdo en polo superior imagen anecoica de 18 x 29 mm rodeada de tejido medular más hiperecoico (imagen 1) orientándose como quiste cortical complejo dudoso derivándose a urología.

La cistoscopia fue normal y el TAC abdominal con contraste: "Múltiples defectos de llenado en fase excretora que evocan a cavitaciones periféricas a las papilas en forma bilateral. Este hallazgo obliga a descartar posible necrosis papilar". Se deriva a nefrólogo quien acaba completando el estudio de las causas de la necrosis papilar: consumo de antiinflamatorios (naproxeno ocasional), Diabetes Mellitus (no tiene criterios), obstrucción urológica (descartada en TAC) y la etiología vasculítica (ANA, ANCA y complemento negativos). En todo momento el paciente ha presentado una función renal preservada y sedimento negativo. Después del estudio extensión es dado de alta de nefrología recomendando control función renal y evitar antiinflamatorios.

Conclusión: En España la prevalencia de la hematuria macroscópica se distribuye en 25 –28% litiasis, 15-25% infecciones urinarias, HBP (hiperplasia benigna de próstata) 12-22%, 12-15% neoplasia de vejiga y/o renales. Cuando realizamos la ecografía en AP raramente se piensa en esta entidad (NP) por este motivo el caso nos pareció interesante.

BERTA BERTRANS VILARÓ
SÍLVIA RATERA GARCÍA
OLGA ARCOS PEDRALS
CINDY STEFANY CHINCHILLA ALFARO

Contacte:
bbertrans.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10208

Comunicació:
PÒSTER

L'ecografia clínica i la importància de la continuïtat assistencial

Home de 69 anys amb antecedents d'hipertensió arterial i dislipèmia, sense tractament farmacològic en el moment actual. En una anàlisi de control al CAP es va detectar un empitjorament de la funció renal amb una creatinina de 1,89 mg/dL i un filtrat glomerular de 43,59 mL/min/1,73m². En anàlisis prèvies presentava funció renal preservada. El pacient es trobava asimptomàtic, amb correcta hidratació i sense tractament potencialment nefrotòxic.

Es va repetir l'estudi als 3 mesos, confirmant criteris de malaltia renal crònica. Davant la davallada de la funció renal i la disponibilitat d'ecografia clínica a la consulta d'Atenció Primària, es va realitzar una ecografia on es va objectivar un ronyó dret atròfic de 6,5 cm, amb pèrdua de la diferenciació cortico-medul·lar. El ronyó esquerre presentava mida i morfologia conservades. No es disposaven d'estudis previs ecogràfics. No constaven tampoc aspectes familiars ni comunitaris rellevants. Les troballes ecogràfiques van orientar el cas cap a una nefropatia possiblement crònica unilateral, plantejant com a possibles etiologies una uropatia obstructiva o causa vascular. Es va contactar amb Nefrologia per completar l'estudi, on es va realitzar els estudis complementaris adients amb el renograma que va evidenciar hipofuncionalitat severa i hidronefrosi no obstructiva del ronyó dret possiblement crònica. A dia d'avui, el pacient es manté clínicament estable amb seguiment compartit entre Atenció Primària i Nefrologia. Aquest cas exemplifica com l'ecografia clínica feta a l'Atenció Primària pot aportar informació rellevant de manera immediata, en aquest cas, davant una davallada del filtrat glomerular. La integració de les troballes ecogràfiques amb el context clínic del pacient permeten orientar precoçment l'estudi etiològic i agilitzar el maneig compartit amb l'atenció especialitzada hospitalària.

DOLORS LOPEZ TORRUELLA
PATRICIA PRADO CORTÉS
LEONARDO DAVID HEREDIA RODRIGUEZ
AMAL DILAI
CAROLINA BERENGUE GONZÁLEZ

Contacte:
dlopezt.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10210

Comunicació:
PÒSTER

Estudio observacional descriptivo transversal sobre la utilización de la ecografía clínica en Atención Primaria en una población semirural

El objetivo es describir la calidad y costo-efectividad de la realización de ecografía clínica (EC) en un centro de Atención Primaria (AP) de una población semirural de la provincia de Barcelona durante el 2025.

Las variables a estudio comprenden las demográficas (sexo biológico, edad), clínicas (motivo de consulta, tipo de ecografía, resultados, derivaciones hospitalarias) y de calidad técnica (calidad de la preparación previa, estudios no concluyentes, necesidad de otros estudios).

En la muestra de 161 pacientes, se realizaron un total de 177 estudios, realizándose más de una EC en un 9.93% de los pacientes. El coste personal de realización resultó de 1208 € menor. El 9,25% de los pacientes precisó una segunda prueba de imagen, siendo en un 11.2% una ecografía reglada. De éstas: el 50% se realizó por complejidad diagnóstica, 38.8% por confirmación y 16,6% por dificultad técnica para la realización. En el 78.8% de los pacientes la ecografía ambulatoria fue la única prueba que precisaron. El 11.8% de los pacientes se derivó a especialidades hospitalarias sin requerir estudios de imagen adicionales.

De los datos se recoge la importancia de la implantación del uso de la ecografía clínica en los centros de AP. El uso de esta herramienta nos permite, no solo dar respuesta a sus necesidades clínicas, sino que su empleo eficaz resulta costo-efectivo teniendo en cuenta el coste de realización, la optimización de recursos hospitalarios y los costes indirectos derivados de las listas de espera hospitalarias.

DOLORS LOPEZ TORRUELLA
PATRICIA PRADO CORTÉS
LEONARDO DAVID HEREDIA RODRÍGUEZ
AMAL DILAI
CAROLINA BERENGUE GONZÁLEZ

Contacte:
dlopezt.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10211

Comunicació:
PÒSTER

Estudio observacional transversal retrospectivo sobre el uso de la ecografía clínica en el diagnóstico de patología urológica en un centro de Atención Primaria semirural

La patología urológica representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP). Es por ello por lo que la práctica de la ecografía Clínica (EC) es de suma importancia al tratarse de una herramienta accesible, inocua y eficiente en la resolución de este tipo de patologías.

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de la sospecha diagnóstica, la prevalencia de patología urológica, la concordancia clínico-ecográfica, el manejo ambulatorio y hospitalario de los pacientes y la pericia de los exploradores en un centro de AP semirural durante 2025.

Se evaluaron 161 pacientes, realizándose 116 ecografías urológicas, lo que representó el 65,5% del total de ecografías realizadas. En pacientes menores de 60 años los hallazgos más prevalentes fueron de litiasis renal, observándose una concordancia entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico ecográfico del 57,6%. En hombres mayores, la prevalencia de HBP mostró una clara progresión asociada a la edad, alcanzando una concordancia diagnóstica del 73,8%.

El 15,5% de los pacientes requirió derivación hospitalaria, siendo más frecuente en hombres (19%) que en mujeres (9,8%). Únicamente el 24% precisó pruebas de imagen complementarias, correspondiendo el 42,9% a ecografía reglada hospitalaria. La proporción de diagnósticos urológicos fue homogénea entre exploradores, situándose entre el 63–69%.

La implantación de la EC en AP demostró elevada capacidad resolutoria y adecuada concordancia diagnóstica, permitiendo optimizar derivaciones hospitalarias y mejorar la accesibilidad diagnóstica en entornos semirurales.

PATRICIA PRADO CORTÉS
DOLORS LOPEZ TORRUELLA
LEONARDO DAVID HEREDIA RODRÍGUEZ
AMAL DILAI
CAROLINA BERENGUE GONZÁLEZ

Contacte:
pprado.girona.ics@gencat.ca

Número de registre:
IIICECOAP_10212

Comunicació:
PÒSTER

Estudio observacional transversal sobre el rendimiento diagnóstico de la ecografía clínica en Atención Primaria en una población semirural

El objetivo consiste en evaluar la concordancia entre los valores esperados y obtenidos en la realización de ecografías clínicas (EC) en un centro de Atención Primaria (AP) semirural durante el año 2025. Las variables a estudio comprenden las demográficas (sexo, edad), clínicas (motivo de consulta, tipo de ecografía, resultados, derivaciones hospitalarias) y de calidad técnica (calidad de preparación, estudios no concluyentes, necesidad de otros estudios).

En la muestra de 161 pacientes, se realizaron 177 ecografías, realizándose más de una EC en un 9,93% de los pacientes. El 62,11% muestral fueron varones. Entre las EC se realizaron un 65,53% urológicas y 34,46% abdominales. En mujeres la prevalencia de patología urológica fue mayor (55,73%) frente a la hepato-biliar (19,67%), siendo la litiasis renal el hallazgo más frecuente en mujeres menores de 60 años. En hombres se objetivó similar distribución, siendo más prevalente la hiperplasia benigna de próstata (49%), la litiasis renal (25%) y la patología hepato-biliar (14%). La concordancia entre la sospecha diagnóstica inicial y el hallazgo ecográfico fue del 65,21%, observándose una elevada utilidad clínica tanto para confirmación diagnóstica como para exclusión de patología relevante. Asimismo, en el 3,38% se diagnosticó de patología de gravedad no esperada, permitiendo la actuación médica precoz. Los estudios iniciados desde AP permitieron identificar un 14% de mujeres y un 24% de hombres que requerían derivación hospitalaria.

La implantación de la EC en AP es una técnica diagnóstica útil que permite identificar precozmente hallazgos patológicos relevantes y seleccionar de forma adecuada a los pacientes que requieren derivación hospitalaria. Los resultados obtenidos apoyan la necesidad de fomentar la formación y expansión del uso de la ecografía clínica en Atención Primaria, especialmente en entornos semirurales, donde puede mejorar la accesibilidad diagnóstica, la continuidad asistencial y la eficiencia del sistema sanitario.

MARIONA CLOTET AYGUASANOSA
RAQUEL CAZORLA LORENZO
ANNA GONZÁLEZ BECERRA
SÍLVIA ARGENTE MARTÍNEZ
CARME BERBEL NAVARRO
ANNA FRANCISCO ARENAS

Contacte:
mcloteta.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10214

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia clínica aplicada a població residencial: Un repte

La població residencial és un dels grans reptes de l'Atenció Primària actualment, així com també ho és la formació en ecografia clínica dels metges especialistes en medicina familiar i comunitària.

L'objectiu d'aquesta comunicació és poder posar sobre la taula l'aplicabilitat de l'ecografia en aquest tipus de pacients, gràcies a l'experiència que hem tingut com a metgesses residents amb la població residencial assignada al nostre centre docent.

Hem pogut fer un total de 25 ecografies tutoritzades durant les guàrdies que hem realitzat al centre residencial en un període de 3 mesos. El 52% de les ecografies han estat abdominals i d'aparell urinari, sobretot per descartar retencions agudes d'orina en pacients amb alteració del nivell de consciència; el 28% múscul-esquelètiques, en casos de caigudes o contusions per descartar fractures; i el 16% pulmonars, en pacients amb infeccions respiratòries. Amb les dades obtingudes, hem fet un registre de les troballes i del pla terapèutic a seguir posteriorment. Només en un dels casos el pacient ha requerit derivació hospitalària urgent, tractant-se concretament d'un cas de fractura del cap del fèmur.

És una competència que hem vist que pot ser de molta utilitat: evitar derivacions a l'hospital, evitar sol·licitar proves complementàries que impliquin el trasllat del pacient, ajudar en la presa de decisions terapèutiques i fer seguiment de patologies. Però també ens ha servit per veure les dificultats a l'hora d'aplicar-la: pacients poc col·laboradors (habitualment per deteriorament cognitiu), amb mala finestra ecogràfica i amb mala preparació.

L'ús de l'ecografia clínica per part dels especialistes en medicina familiar i comunitària ajuda en la valoració dels pacients fràgils disminuint la incertesa clínica i millorant el maneig en la presa de decisions compartides.

AUTORS

Contacte:
mail

Número de registre:
IIICECOAP_10215

Comunicació:
ORAL O PÒSTER

Estudio observacional transversal retrospectivo sobre el uso de la ecografía clínica en el diagnóstico de esteatosis hepática en un centro de Atención Primaria semirural

La esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) es la patología hepática crónica más prevalente a nivel mundial, estimándose en un 25% de la población adulta. Su sospecha y diagnóstico precoz resultan fundamentales para evitar la progresión hacia formas avanzadas de enfermedad hepática. En este contexto, la ecografía clínica (EC) realizada desde Atención Primaria (AP) constituye una herramienta esencial y de alta rentabilidad clínica.

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de la sospecha diagnóstica, la prevalencia de EHNA en nuestra población, la concordancia clínico-ecográfica, la pericia de los exploradores y el coste-efectividad de la implantación de EC en un centro de AP semirural durante el año 2025.

Se evaluaron 161 pacientes, realizándose 61 ecografías abdominales (EA), de las cuales el 23% fueron solicitadas por sospecha de EHNA, confirmándose el diagnóstico en el 78,6% de los casos. Los varones representaron el 70% de los pacientes diagnosticados. Se identificó EHNA como hallazgo incidental en el 26% de estudios abdominales. La prevalencia total de EHNA fue del 49,18%. Solo el 6,66% de los pacientes requirió otros estudios complementarios en relación con otras patologías concomitantes. La gravedad se clasificó como indeterminada en el 11,2% de los casos, leve en el 3,7%, leve-moderada en el 1,9%, moderada en el 1,2% y grave en el 0,6%. El diagnóstico mostró una distribución homogénea entre exploradores. La implantación de la EC supuso un ahorro estimado de 2400 €.

La EC en AP demostró una elevada utilidad diagnóstica y adecuada capacidad resolutoria para la detección precoz de EHNA, permitiendo mejorar la accesibilidad diagnóstica en entornos semirurales.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

ANNA GONZÁLEZ BECERRA
XAVIER DE MIGUEL SERRA
M^a DOLORES MORENO ANDÚJAR
MARIONA CLOTET AYGUASANOSA
RAQUEL CAZORLA LORENZO
PAULA LLANSÓ FLORENTÍ

Contacte:
annagobe14@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10216

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia clínica al CAP: Una finestra precoç a la insuficiència cardíaca

Dona de 67 anys amb antecedents de limfoma no Hodgkin tractat amb quimioteràpia l'any 2001, actualment en remissió completa, i fibromiàlgia. Al setembre de 2025 consulta per dolor toràcic atípic en forma d'opressió centretoràcica en repòs, de curta durada, associat a palpitations i dispnea d'esforç. No presentava edemes, ortopnea ni signes de congestió. A l'auscultació destacava un buf sistòlic II/IV. L'ECG mostrava ritme sinusal amb bloqueig de branca esquerra, la radiografia de tòrax cardiomegàlia i la prova d'esforç va resultar negativa, motiu pel qual es va sol·licitar una ecocardiografia.

El març de 2026, encara pendent de l'ecocardiografia reglada, reacuteu per empitjorament clínic. Se sol·licita analítica amb pro-BNP de 2444. Sota sospita diagnòstica d'insuficiència cardíaca (IC), es prioritza ecocardiografia ja sol·licitada i es va realitzar ecoscòpia cardíaca al CAP amb consentiment informat. Gràcies a l'ecoscòpia, s'objectiva: Fracció d'ejecció del ventricle esquerre (FEVE) visual severament deprimida amb VE dilatada, aurícula esquerra severament dilatada amb jet regurgitant d'insuficiència mitral probablement moderada. Ventricle dret normocontràtil no dilatada. Vena cava no dilatada i compressible.

Amb aquests resultats es va iniciar tractament per insuficiència cardíaca amb FEVE reduïda, incloent inhibidor del cotransportador sodi-glucosa tipus 2, betabloquejant i inhibidor de la neprilisina i del receptor d'angiotensina, amb millora clínica de la dispnea.

L'abril de 2026, l'ecocardiografia reglada va confirmar ventricle esquerre dilatada amb disfunció greu, insuficiència mitral funcional moderada i insuficiència aòrtica lleu, motiu pel qual va ser derivada a Hospital de Dia de Cardiologia.

Aquest cas ens ajuda a concloure que l'ecoscòpia cardíaca a Atenció Primària és una eina accessible, ràpida i de gran impacte clínic per a la detecció precoç de patologia cardíaca estructural i insuficiència cardíaca. En pacients amb simptomatologia compatible i demora en proves complementàries, permet augmentar la sospita diagnòstica, prioritzar circuits assistencials i iniciar tractament precoç basat en guies clíniques.

CARMINA BASCOMPTE JORBA
MARIA BELEN VILANOVA FILLAT
EVA TORRES MORENO
LAIA SALA TORNER
LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
JOSE ALBERTO RODRÍGUEZ GARCÍA

Contacte:
cbascomppte@csa.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10218

Comunicació:
PÒSTER

«Hola, Doppler!»

Motiu de consulta: Estudi d'insuficiència renal crònica.

Anamnesi: Dona de 68 anys amb antecedents d'osteoporosi, hipercolesterolèmia, prediabetis, hipotiroidisme, depressió, fibromiàlgia, i atrofia vaginal. Tractament habitual: estriol tòpic vaginal /2 cops per setmana, levotiroxina 50 mcg/24h, sertralina 50 mg/24h.

Se li demana una ecografia clínica al centre d'atenció primària per estudi d'insuficiència renal. Pacient asimptomàtica.

Proves complementàries: L'ecografia mostra una imatge arrodonida anecoica de parets definides connectada a l'artèria esplènica de 1,85 x 1,75 cm. Es realitza Doppler que mostra flux vascular al seu interior i continuïtat amb l'artèria esplènica.

Orientació diagnòstica: Aneurisma de l'Artèria esplènica.

Diagnòstic diferencial: Quist esplènic simple. Pseudoquist pancreàtic. Pseudoaneurisma. Abscés esplènic. Infart esplènic. Tumor esplènic

Evolució: A la història clínica constava un aneurisma de l'artèria esplènica detectat en una TAC prèvia. La pacient va ser valorada per cirurgia vascular i posteriorment donada d'alta a l'atenció primària, amb seguiment mitjançant TAC cada dos anys. Es recomanava nova derivació si la lesió superava els 3 cm.

Conclusions i aplicabilitat: L'aneurisma de l'artèria esplènica es defineix com una dilatació d'aquesta artèria superior a 1 cm. Tot i que la prevalença és desconeguda, és l'aneurisma visceral més freqüent de l'aparell digestiu i afecta més a les dones (4:1). La majoria són asimptomàtics i si es trenquen poden cursar amb dolor abdominal irradiat fins a l'espatlla esquerra (signe de Kehr).

Aquest cas demostra la importància d'utilitzar el Doppler davant qualsevol lesió anecoica abdominal aparentment simple, l'ús sistemàtic del Doppler és clau per descartar origen vascular.

L'ecografia és una prova no invasiva i segura, i en aquest cas ens podríem plantejar realitzar el control ecogràfic de la nostra pacient i en cas de canvis o dubtes, realitzar una TAC, per evitar els efectes secundaris de realitzar aquesta prova de forma seriada.

NOÉLIA RASCÓN ROIG
SERGIO CERVERA APARICIO
RAFAEL ENRIC GUARCH MARTÍ
GEMMA JUÁREZ CID
SUSANA NADELA LAPEIRA
JORGE GENTILE LORENTE

Contacte:
nrascónr.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10220

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, em fa mal la cama...Serà la fibromiàlgia?

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Dolor a la cama.

Antecedents personals: Exfumadora. Hipertensió arterial. Obesitat. Fibromiàlgia.

Anamnesi: Dona 63anys, consulta per dolor i inflamació panxell esquerre de 10 dies d'evolució. Sedentària. No quadre tòxic. Inicialment associa el dolor a la fibromiàlgia i per aquest motiu consulta als 10 dies.

Exploració física: Destaca membre inferior esquerre indurat. No edema amb fòvea. No eritema. Signe d'Homans +/- . No asimetria de diàmetre. Criteris de Wells per trombosi venosa profunda (TVP): 2 (probabilitat mitjana).

Proves complementàries: Ecografia clínica (sonda ultraportàtil a AP): No compressibilitat de la vena femoral comuna (VFC) posterior a la sortida de la vena safena major i tampoc a nivell de la vena femoral superficial, observant ocupació de la llum per una imatge hiperecogènica. Captació parcial del Doppler color. Vena poplitària (VP) no permeable ni compressible i sense captació Doppler. A nivell poplitària ocupació de la llum de la vena safena menor amb falta de compressió i captació Doppler.

Judici clínic: TVP extensa i tromboflebitis superficial vena safena menor.

Diagnòstic diferencial: Cel·lulitis. insuficiència venosa crònica.

Pla d'actuació, tractament i evolució: Es deriva a urgències hospitalàries.

Anàlítica: D-Dímer 4290ng/mL. Ecografia reglada: confirma diagnòstic d'extensa TVP des de la VFC porció proximal fins a VP. Vena safena menor també trombosada. Vena safena més gran permeable. Inicien tractament heparina (HBPM) a 1mg/kg/12h i ingrés. Davant millora clínica, alta amb canvi de HBPM a Dabigatran i estudi a Medicina Interna.

Conclusions (i aplicabilitat per Medicina de Família): L'ús de l'ecografia clínica a l'AP agilitza el diagnòstic i tractament de la TVP, sobretot quan la clínica és poc cridanera com en aquest cas clínic que presentem. Aquest cas mostra la concordança de l'ecografia clínica a AP amb l'ecografia reglada per radiologia, aportant gran valor a la consulta d'AP.

JORDI BRESÓ ESCURA
CARMINA BASCOMPTE JORBA
NOÉLIA VILLA GARCIA
BLANCA FORT FERRI
KARINA MARTINI
JORGE JESÚS JAUREGUI FARFAN

Contacte:
jbresco@csa.cat

Número de registre:
IICECOAP_10221

Comunicació:
PÒSTER

Dos per un!

Anamnesi: Home de 78 anys, exfumador, amb antecedents d'hipertensió, dislipèmia, polimiàlgia reumàtica, diabetis tipus 2, insuficiència renal crònica i prostatisme.

Tractament habitual: àcid acetilsalílic 100 mg/24h, metformina 850 mg/12h, omeprazol 20 mg/24h, prednisona 5 mg/24h, ramipril 5 mg/12h, Abasaglar 0-0-42 unitats, atorvastatina 80 mg/24h, dapagliflozina 10 mg/24h.

Acudeix per revisar l'anàlítica i per clínica de síndrome prostàtica.

Proves complementàries: En l'anàlítica destaca Hb 11,5 g/L, amb VCM i HCM normals, HbA1C 7,8%, Filtrat Glomerular 49 mL/min/1.73 m² i GGT 150 U/L.

Se li fa una ecografia clínica que mostra una imatge isoecogènica amb calcificacions de 2,65 x 1,63 cm que ocupa cos i part del fundus de la vesícula biliar, amb paret de doble carril, lleu edema a la part inferior, sense ombra acústica posterior ni hiperecogenicitat. A la bufeta presenta una imatge polipoide hiperecogènica a zona superior esquerra, parcialment definida de 1,13 x 2,45cm.

Orientació diagnòstica: Tumoració a bufeta d'orina i litiasi vesicular.

Diagnòstic diferencial:

- De la lesió de la vesícula biliar: Tumoració, Pòlip vesicular i Litiasi.
- De la lesió de la bufeta d'orina: Tumor vesical, Pòlip vesical, Càlcul vesical y Hiperplàsia pròstata projectada.

Evolució: Al pacient se li va demanar un Tac abdominal-renal urgent que va confirmar el diagnòstic de probable neoplàsia a la bufeta de l'orina i de litiasi a vesícula biliar. Va ser derivat a Urologia i al següent mes ja se li havia practicat una cirurgia que va confirmar el diagnòstic de càncer urotelial papil·lar.

Conclusions i aplicabilitat: Com a conclusions destaquem la importància de la correlació clínica amb les imatges i la importància de realitzar una exploració dinàmica, canvis de posició i confirmació amb altres proves d'imatge en cas de dubte. No tota litiasi té semiologia/aparença clàssica

IRENE LUCIA TORRES WASHIMA
NURIA SARRA MANETAS
FERNANDO GÓMEZ SANTIDRIAN
YOLANDA VASCO RODRÍGUEZ
PAULO BARAUNA D MEDEIROS

Contacte:
ire_12_17@hotmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10222

Comunicació:
PÒSTER

Hallazgo incidental: De la casualidad al diagnóstico

Se trata de un hombre de 68 años sin antecedentes patológicos que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por estreñimiento de larga evolución, desde la juventud, algo más acusada en los últimos años. Niega dolor abdominal. Aprovechando la consulta se solicita una analítica de rutina en donde destaca discreta afectación de función hepática: Bilirrubina 1,5 mg/dL, AST 50 U/L, ALT 33 U/L, GGT 66 U/L, FA 75 U/L, LDH 567 U/L, Amilasa 89 U/L. Sin un claro patrón colestásico ni citolítico, así como estado asintomático, se solicita Ecografía abdominal en AP para valorar la posibilidad de esteatosis hepática o colelitiasis subclínica, sin embargo, se observó imagen quística de contenido heterogéneo a nivel hepático compatible con quiste hidatídico. La Hidatidosis es una zoonosis causada por Echinococcus en estado larvario que puede tener una latencia de 10 a 15 años y se caracteriza por desarrollar lesiones quísticas sobre todo en hígado (70%) y pulmón (20%). Se solicitó confirmación analítica mediante anticuerpos IgG para Echinococcus granulosus en suero que resultan positivos y se realizó una radiografía de tórax en la que se descartó afección pulmonar. Al ser según la clasificación de Gharbi un quiste estadio 4 está indicado seguimiento ecográfico anual.

Al igual que nuestro paciente, la mayoría de los diagnósticos suelen ser por hallazgo incidental al ser habitualmente asintomáticos con el riesgo de que los síntomas aparecen cuando surgen complicaciones por compresión y desplazamiento, ruptura o sobreinfección que se dan en el 20-40% de los casos.

El diagnóstico inusual de este caso conlleva a que en caso de surgir posibles complicaciones podrán ser diagnosticadas y tratadas de forma temprana, incidiendo directamente sobre la morbilidad que esta entidad poco frecuente podría causar.

MARÍA BELÉN VILANOVA FILLAT
MARÍA BROWNE LE-BEUFFE
DANIELA ESCOBEDO HOYOS
DAVID ESCALANTE ALAMO
FABY NATHALIE RODRÍGUEZ ZAMBRANO
MABEL CABELLO MARTÍN

Contacte:
mvilanova@csa.cat

Número de registre:
IICECOAP_10223

Comunicació:
PÒSTER

Quan una cosa tapa a l'altre!

Pacient de 39 anys que acut a consulta d'urgències per sensació de plenitud i nàusees sense vòmits. Astènia no anorèxica ni pèrdua de pes. No té antecedents mèdics d'interès, ni hàbits tòxics. No animals domèstics. Viatges recents per motius laborals.

Exploració física: Abdomen tou i depressible, sense masses ni megalies. Peristaltisme present. Dolor a la palpació en hipocondri dret.

Es realitza ecografia a peu del llit que mostra a lòbul hepàtic esquerre una lesió quística complexa hipoecoica, tabicada, de 11 x 8 cm, sense ecos en l'interior que ocupa la totalitat del lòbul.

Orientació diagnòstica: Quist hidatídica.

Diagnòstic diferencial:

- Quist hepàtic complicat.
- Neoplàsia mucinosa.
- Abscés hepàtic.
- Hematoma hepàtic.

Evolució: Es demana TAC abdominal i analítica per valoració de la lesió.

- Analítica: Bilirrubina Directa 1.04. Resta de perfil hepàtic en rang (GGT 12.6, FA 75, ALT 19.8).
- TAC abdominal: Es visualitza lesió quística voluminosa multilobulada ben definida amb epicentre a epigastri, impressiona l'origen al lòbul hepàtic esquerre de mida aproximada de 15,5 cm x 12 cm x 12,1 cm, no presenta calcificacions a la paret ni àrees patològiques, contacte posteriorment al cos del pàncrees, amb el cos i antre gàstrics pel marge lateral esquerra i marge lateral dret amb el cos gàstric. La lesió pot estar en relació amb un quist hidatídica.

Es deriva el pacient a l'hospital per valoració i seguiment on és intervingut.

El resultat d'anatomia patològica ens dona el diagnòstic de QUIST BILIAR SIMPLE, MULTILOCULAT.

Conclusions i aplicabilitat: La possibilitat de realitzar POCUS des de les consultes d'Atenció Primària o en l'àmbit domiciliari permet orientar de forma precoç el diagnòstic diferencial, prioritzar el circuit assistencial i agilitzar l'abordatge del pacient. Aquesta eina contribueix a millorar la seguretat clínica, l'eficiència diagnòstica i la satisfacció del pacient.

IRENE LUCIA TORRES WASHIMA
MANEL PÉREZ BAUER
NURIA SARRA MANETAS
YOLEGNE LESTAPIER NÚÑEZ
JULIO ROS SANZ
ROXANA ELENA CATALIN

Contacte:
ire_12_17@hotmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10224

Comunicació:
PÒSTER

El malo no siempre es tan feo

Se trata de un hombre de 61 años, fumador 10 cig/día con historia de previo abuso de alcohol que abandona hace 8 años, hipertensión arterial y síndrome ansioso depresivo.

Acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por forúnculos en la cara de 5 días de evolución. Se observan dichos forúnculos en proceso de resolución espontánea asociados a bultoma cervical derecho de bordes definidos, móvil y doloroso. El paciente piensa que su aparición coincide con los forúnculos pero no está del todo seguro. Niega disfagia, disfonía, así como pérdida de peso. Se realiza rastreo ecográfico en consulta evidenciando dos adenopatías ovaladas de 2cm con pérdida parcial de hilio graso y sin vascularización periférica. Debido a su tamaño se deriva a Unidad de diagnóstico rápido en donde, por predominantes características de benignidad, se decidió realizar control en dos semanas. En el control se observó una evolución llamativa con aumento de tamaño y marcada pérdida de hilio graso. Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) que reporta Infiltración de carcinoma escamoso y seguidamente PET TC con hallazgo de tumor orofaríngeo y adenopatías cervicales infiltradas. Diagnóstico: Carcinoma escamoso de pared lateral faríngea/ seno piriforme T2N2bM0 y se inicia tratamiento radical con RT concomitante a Cisplatino a altas dosis

En este caso podemos ver cómo el rastreo ecográfico a pie de cama en atención primaria puede tanto orientarnos en el diagnóstico diferencial de las adenopatías como proporcionarnos una herramienta de seguimiento eficaz. De forma rápida (un mes) y antes de que presente clínica este paciente pudo ser diagnosticado y ha iniciado tratamiento específico.

IRENE LUCIA TORRES WASHIMA
PALOMA CAMOS GUIJOSA
NURIA SARRA MANETAS
ANGELA GARCÍA VALLADARES
ARANTXA JARA RUIZ DE GAONA
MANEL PÉREZ BAUER

Contacte:
ire_12_17@hotmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10226

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, es que esta no es mi tripa

Se trata de una mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, tiroiditis de Hashimoto y cáncer papilar de tiroides con tratamiento quirúrgico (hemitiroidectomía) que acude a consulta de atención primaria (AP) para control posterior a debut de Fibrilación Auricular en urgencias. No tiene palpitations, disnea ni dolor torácico, pero al conversar con ella comenta que ha notado un aumento del perímetro abdominal de varios meses de evolución sin dolor asociado. A la palpación abdominal no se logran diferenciar claramente masas ni visceromegalias con la peculiaridad de tener abundante tejido adiposo que dificulta la exploración. Se realiza rastreo ecográfico a pie de cama observando un riñón derecho aumentado de tamaño y bordes mal definidos, desestructurado, por lo que se solicita estudio de imagen y se deriva a la Unidad de Diagnóstico Rápido. La tomografía tóracoabdominal reporta una lesión suprarrenal derecha 41mm con centro necrótico y una masa renal derecha necrótica 129x71mm. Se deriva a Urología para nefrectomía radical derecha + suprarrenalectomía y en estudio anatómo-patológico se informa Cáncer de células claras pT3aN0M1 (suprarrenal ipsilateral) que se encuentra con adyuvancia con Pembrolizumab.

En este caso vemos claramente que el rastreo ecográfico a pie de cama nos puede dar información valiosa que modifica drásticamente el proceso diagnóstico de algunas patologías y, de esta manera, mejora los tiempos de detección y tratamiento. Al considerarlo como parte del examen físico y comprender sus limitaciones ya que no busca ser un sustituto de la ecografía reglada nos da una poderosa herramienta de orientación diagnóstica. Cabe mencionar también la importancia en AP del abordaje holístico de los pacientes entendiendo que para nosotros el motivo de consulta principal es rara vez una preocupación única y es ahí, en los detalles, donde radica el arte de practicar la medicina familiar.

LISSET SILVIA CASTRO BRAVO
LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
castrolibravo0@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10227

Comunicació:
PÒSTER

La ecografía clínica como pilar diagnóstico en Atención Primaria

Ámbito del caso: Consultorio de ámbito rural.

Motivos de la consulta: Tumoración persistente en la pierna derecha.

Anamnesis: Paciente mujer de 59 años con antecedentes de traumatismo grave (pisada de caballo) en la región posterior de la pierna derecha en enero de 2026. Acude por persistencia de una masa dolorosa que le impide caminar con normalidad. Exploración física y pruebas complementarias:

Exploración: Lesión de 15 cm de diámetro, de consistencia endurecida y dolorosa a la palpación en el gemelo interno.

Ecografía clínica: Se realiza ecografía clínica al momento y se identifica una marcada desestructuración del tejido subcutáneo. Se observa una colección anecoica de 13 cm x 0,6 cm situada entre el tejido subcutáneo y la fascia del gemelo, con presencia de tabiques e irregularidades internas. La apariencia ecográfica es diagnóstica de un hematoma organizado y encapsulado.

Orientación diagnóstica: Hematoma encapsulado crónico de gran volumen.

Diagnóstico diferencial: Sarcomas de partes blandas, roturas fibrilares grado III o miositis osificante.

Tratamiento y evolución: Gracias al diagnóstico ecográfico, se realiza interconsulta dirigida a Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), donde se programa una extracción ecoguiada del contenido hemático para aliviar la presión y resolver la clínica.

Aplicabilidad para la Atención Primaria: La ecografía en la Atención primaria aumenta la capacidad resolutoria del médico de familia rural, permitiendo un abordaje preciso de la patología musculoesquelética postraumática, optimizando la toma de decisiones clínicas, reduciendo pruebas complementarias, derivaciones innecesarias y favoreciendo un manejo terapéutico más adecuado y eficiente de los pacientes.

DAVID PELUFO SALMERÓN
LAURA CASAS VIVAS
DANIEL JORBA GUILLEN
ELENA TURMO PUJOL
EVA LECEAGA-GAZTAMBIDE

Contacte:
dpelufos.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10228

Comunicació:
PÒSTER

Diagnóstico ecográfico de patología renovesical en Atención Primaria: Serie de casos

Introducción: La ecografía clínica se ha consolidado como una herramienta útil en Atención Primaria (AP). Presentamos una serie de tres pacientes atendidos por sintomatología renovesical en los que la ecografía realizada en consulta permitió orientar el diagnóstico y acelerar la derivación y manejo hospitalario.

Serie de casos:

CASO 1: Mujer de 40 años que consulta por lumbalgia aguda, tipo cólico, irradiada a flanco e hipogastrio, con náuseas. La ecografía renovesical evidenció hidronefrosis grado II izquierda y una imagen hiperecogénica ureteral compatible con litiasis obstructiva. Fue derivada a Urgencias, donde la TC confirmó litiasis ureteral de 18mm con cambios inflamatorios asociados, precisando nefrolitotomía percutánea y colocación de catéter doble J.

Caso 2: Varón de 63 años, fumador, que consulta por hematuria macroscópica dolorosa. La ecografía mostró una gran lesión anecogénica en riñón derecho compatible inicialmente con hidronefrosis severa o quiste renal complejo. Tras varias reconsultas hospitalarias por persistencia de síntomas, la TC identificó una masa renal sólida de 17cm con necrosis central sugestiva de neoplasia renal, programándose nefrectomía total derecha.

Caso 3: Varón de 52 años con antecedente de adenocarcinoma urotelial tratado previamente, que consulta por dolor hipogástrico y nódulo palpable en pared abdominal. La ecografía clínica mostró una lesión hipoeecogénica vascularizada en músculo recto abdominal izquierdo. La biopsia posterior confirmó infiltración metastásica de origen urotelial, objetivándose posteriormente recidiva única en pared abdominal.

Conclusiones: La ecografía clínica en AP permite mejorar la capacidad diagnóstica ante síntomas renovesicales frecuentes, identificar signos de alarma y priorizar adecuadamente la derivación hospitalaria. Además, facilita el diagnóstico precoz de patología obstructiva y neoplásica, optimizando la toma de decisiones clínicas y el acceso a circuitos diagnósticos rápidos.

DAVID PELUFO SALMERÓN
EVA LECEAGA-GAZTAMBIDE
DANIEL JORBA GUILLEN
LAURA CASAS VIVAS
ELENA TURMO PUJOL

Contacte:
dpelufos.mn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10229

Comunicació:
PÒSTER

Efectividad de la ecografía en la evaluación de hepatopatías

Motivo de consulta: Pérdida de peso.

Historia clínica

Hombre de 49 años, natural de la India, fumador de 2 paquetes/día desde los 20 años y consumo alcohólico de riesgo en seguimiento para deshabituación. En una visita de control refiere pérdida de peso de 14kg en un año e hiporexia desde hace cinco meses.

A la exploración destaca tinte icterico con telangiectasias en espalda, hombros, abdomen y conjuntivas oscuras. Palpación de hepatomegalia 5 dedos del reborde costal con abdomen globuloso (dudosa ascitis). Sin flapping claro ni adenopatías palpables.

Juicio clínico: Se trata de un paciente con enolismo crónico activo y un síndrome constitucional a estudio por posible cirrosis.

Como diagnóstico diferencial tendrían que valorarse tóxicos como alcohol o fármacos; causas infecciosas (hepatitis virales, bacterias, parásitos); metabólicas (esteatosis, Wilson...); vasculares o neoplásicas.

Tratamiento: Se solicita una analítica sanguínea y una ecografía abdominal urgentes y se inicia de manera consensuada disulfiram además de vitamina B1-B6-B12. También se le remite a un Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias.

Evolución: Realizamos la ecografía en el centro de salud evidenciando una hepatomegalia de 18cm, con ecoestructura homogénea, márgenes lisos, sin lesiones ocupantes de espacio intrahepáticas ni dilatación de vena porta ni colédoco. Páncreas heterogéneo sin dilatación del Wirsung. Analíticamente, anemia macrocítica, trombopenia, coagulopatía con leve hipertransaminasemia y patrón colestásico. Serologías virales negativas.

Se solicita TC abdominal que confirma hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático izquierdo y caudado, con bordes levemente nodulares y realce heterogéneo en fase arterial, con reticulación de la grasa hilar hepática, adenopatías hiliares y mínimo líquido libre perihepático.

Se derivó al servicio de Digestivo, pero no acudió a la primera visita. Actualmente, pendiente de reprogramación.

Conclusiones: A la espera de un diagnóstico definitivo, queríamos destacar la alta sensibilidad y especificidad de la ecografía en la evaluación de patología hepática.

ÉRIKA DROUET ASTUDILLO
KARINA GUZMÁN CABRERA

Contacte:
edrouet.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10231

Comunicació:
PÒSTER

Valor del ultrasonido POCUS en la evaluación de litiasis renal

Ámbito del caso: Atención Primaria y servicio de urgencias.

Motivo de consulta: Dolor lumbar derecho.

Historia clínica

Varón de 47 años con antecedentes de hipertensión arterial y litiasis renal derecha en 2017, sin intervención quirúrgica. Acude por segunda reconsulta por dolor lumbar derecho tipo cólico de 4 días de evolución con escala visual analógica (EVA) de 6/10, irradiado a hipocondrio derecho, fosa ilíaca derecha y testículo. Estaba en tratamiento con dextetoprofeno, metamizol y paracetamol pautados previamente en su primera consulta.

En la exploración presentaba abdomen blando y depresible, dolor a la palpación en hipocondrio y fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal y puño-percusión lumbar derecha positiva.

Se realizó ecografía abdominal POCUS (Point-of-Care Ultrasound) en Atención Primaria, observándose hidronefrosis grado 2. Se descartaron hallazgos compatibles con colecistitis y apendicitis.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Se orientó el diagnóstico como cólico renal derecho secundario a uropatía obstructiva. Se planteó diagnóstico diferencial con lumbalgia mecánica, colecistitis, pielonefritis y apendicitis.

Tratamiento y plan de actuación: Se derivó a urgencias hospitalarias, donde el uroTAC confirmó litiasis renal derecha de 5 mm con dilatación pielocalicial grado 2 y retraso en la eliminación de contraste. La analítica mostró filtrado glomerular de 47 ml/min, con descenso aproximado del 50% respecto a controles previos. Se administró analgesia intravenosa, incluidos morfínicos, y tras valoración conjunta con hospital de tercer nivel se decidió manejo conservador.

Conclusiones: La ecografía POCUS permite obtener respuestas inmediatas a preguntas clínicas urgentes sin necesidad de trasladar al paciente a un servicio de radiología. En Atención Primaria nos ayuda a orientar mejor el diagnóstico y a decidir si existe necesidad de derivación urgente, basándonos en hallazgos objetivos y reduciendo la incertidumbre.

ALEJANDRO ALVARADO SAGÜÉ
ADRIANA MORATA ABRIL
ANA CAROLINA PASTOR SÁNCHEZ
MARIA CRISTINA ROS ESPÍN
FRANCISCA TEMOPORAO MENDES

Contacte:
alexalvaradosague@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10233

Comunicació:
PÒSTER

Quan l'ecografia inicia el procés

Dona de 88 anys amb hipertensió arterial i malaltia renal crònica, en anàlisi de control presenta GGT 185 UI/L i Fosfatasa Alcalina 157 UI/L, AST i ALT normals.

Clínicament presenta deposicions diarreiques, amb colonoscòpia al 2025 que era normal.

Es realitza ecoCAP, que objectiva dilatació del Wirsung i de via biliar intra i extrahepàtica (colèdoc 1 cm), sense alteracions del parènquima hepàtic. A vesícula s'observa fang i litiasi que ocupa 2/3 parts.

Se sol·licita colangio-RM amb contrast urgent i es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid de cirurgia digestiva.

45 dies després és visitada a la UDR. 6 dies més tard es realitza TC abdominal (es va canviar la RM pel servei de radiologia).

29 dies després de la visita s'informa del resultat: dilatació de la via intra i extrahepàtica, amb colèdoc de 12 mm que s'estén fins la papila on s'observa àrea d'hipercaptació de morfologia pseudonodular que requereix estudi endoscòpic per descartar ampul·loma. Imatge quística de 12 mm al cap i de 9 mm al cos del pàncrees.

En l'anàlisi de control a la UDR presenta normalització dels paràmetres alterats (AST 12, ALT 17, FA 67, GGT 27), bilirrubina normal i CA19-9 negatiu.

31 dies més tard es realitza USE/CPRE, que descriu les mateixes troballes, i en la biòpsia s'observen canvis displàsics focalment severos.

Donat que no es pot descartar lesió infiltrant, es planteja cirurgia que pel bon estat físic de la pacient s'accepta que es realitza 145 dies després de la troballa inicial.

L'anàlisi de la peça quirúrgica determina el diagnòstic final: adenocarcinoma de cap de pàncrees.

Conclusions: tot i que l'ecografia en AP està establerta i estesa, els circuits hospitalaris haurien de tenir-la en compte per tal de reduir demores innecessàries en l'assistència als pacients.

DAVID ESCALANTE
SANTIAGO POZA COBO
SARA BATALLA PREIXENS
MARIA BELEN VILANOVA FILLAT
CARMINA BASCOMPTE JORBA
NOELIA VILLA GARCÍA

Contacte:
davidescalantealmo@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10234

Comunicació:
PÒSTER

Atrapant el trombe a peu de llit. L'ecografia clínica com a eina diagnòstica de la trombosi venosa

Àmbit del cas: Servei d'Urgències.

Presentació del cas: Pacient dona de 68 anys amb antecedents personals d'hipertensió arterial en tractament mèdic i malaltia pulmonar obstructiva crònica en tractament amb inhaladors.

Acudeix d'Urgències per dolor en l'extremitat inferior esquerra (EIE) de 4 dies d'evolució. La pacient explica que el dolor es va iniciar a nivell proximal i s'ha estès fins a nivell distal. A més, explica edema i eritema de l'EIE de 48 hores d'evolució. Nega traumatismes previs. Nega febre. Nega dispnea.

Exploració física: Pacient amb bon estat general, eupneica en repòs.

- Auscultació cardiopulmonar: sense alteracions.
- EIE: edema, eritema, calor i rubor de l'extrem distal fins a nivell rotulià.
- Ecografia clínica: a nivell de la vena femoral s'observa absència de compressibilitat amb material ecogènic intraluminal compatible amb trombe associat a disminució de flux venós en Doppler color i espectral.

Proves complementàries: No van ser necessàries exploracions complementàries.

Orientació diagnòstica: Trombosi venosa profunda femoral esquerra.

Diagnòstic diferencial: Cel·lulitis, Tromboflebitis, Insuficiència venosa i Ruptura muscular.

Tractament i evolució: Un cop realitzada l'ecografia clínica es va poder obtenir el diagnòstic de trombosi venosa profunda. Es va revisar la funció renal recent i es va ajustar el tractament anticoagulant amb enoxaparina. La pacient va ser donada d'alta amb seguiment per Cirurgia Vascular.

Conclusions i aplicabilitat per a l'Atenció Primària: Aquest cas demostra que l'ecografia clínica és una eina més de la consulta que permet obtenir imatges de qualitat pel diagnòstic d'una TVP.

En aquesta pacient es va evitar la derivació a radiologia optimitzant recursos, minimitzant temps d'espera i iniciant un tractament precoç, disminuint possibles complicacions. A més, evidencia que l'ecografia és una extensió resolutiva de l'exploració física que permet aclarir un diagnòstic diferencial divers.

ARIADNA PELEJA ARROYO
ADRIANA PALMEIRA DIAS
MARIA JOSE EVANGELIO SEQUI
JU YOUNG SHIN KANG
DIEGO JAVIER GONZÁLEZ CHAVERO
LAURA GUARRO AGUSTÍ

Contacte:
ariadnapelejaarroyo@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10235

Comunicació:
PÒSTER

Doctor, me pita el pecho y se me hinchan los pies: ¿Ventolín o Furosemida? El POCUS decide ante la disnea sibilante en el anciano frágil

Àmbit del cas: Atenció Primària. Atenció Domiciliària (Unitat Funcional de Crònics - UFC).

Motiu de consulta: Tos i sibilants audibles de 24h de evolució, sin febre ni canvis en la expectoració.

Historia clínica:

Enfoque individual: Mujer de 86 años con síndrome mielodisplásico, FA crónica anticoagulada con ACOD y fragilidad avanzada. Avisan por disnea progresiva de 24h con mínima tos, sin fiebre, dolor torácico ni clínica infecciosa.

Exploración física:

- Constantes: Taquipnea 32 rpm, SatO₂ 96% basal, afebril.
- Cardíaca: Tonos arrítmicos a 80 lpm. No soplos. Ingurgitación yugular presente.
- Respiratoria: Sibilantes espiratorios bilaterales y abolición del murmullo vesicular bibasales.
- Extremidades: Edemas simétricos con fovea hasta meseta tibial (+++/++++).
- Ante la sospecha de proceso bronquial agudo vs disnea de perfil mixto, realizamos ecografía clínica (POCUS):
 - Pulmonar: líneas B (>3 por campo) difusas bilaterales (patrón intersticial) y espacio anecoico compatible con derrame pleural laminar bilateral.
 - Cardíaca: Vena cava inferior dilatada (2,2 cm) con colapsabilidad inspiratoria del 25-50%.

Enfoque familiar: Paciente compleja, dependiente grave, con soporte social adecuado.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca de debut con FEVI preservada. Diagnóstico diferencial: broncoespasmo e infección respiratoria.

Tratamiento: La evidencia ecográfica de congestión permitió descartar tratamiento con antibióticos y corticoides, iniciando furosemida oral a dosis altas y control estrecho de balance hídrico y frecuencia cardíaca.

Evolución: Resolución de sibilantes y la taquipnea tras 48 horas de adecuada respuesta diurética, logrando estabilización domiciliaria.

Conclusiones: El POCUS actúa como "árbitro" cuando la semiología clásica (sibilantes) enmascara una causa cardiogénica, permitiendo diferenciar con precisión un debut de insuficiencia cardíaca del proceso infeccioso respiratorio inicialmente sospechado. Identificar estos signos de congestión a pie de cama facilita el diagnóstico precoz, optimiza la capacidad resolutoria domiciliaria y evita la polifarmacia errónea, consolidándose como una herramienta clave en la disnea aguda para evitar ingresos hospitalarios desestabilizadores en el anciano frágil.

LUIS ARMANDO ROSADO VARGAS
MAYUMI ECHEVERRÍA LOLIN
MARÍA DOLORES LÓPEZ GOSP

Contacte:
luisarmandorosado93@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10236

Comunicació:
PÒSTER

Me duele la mandíbula

Àmbit del cas: Atenció primària.

Motiu de consulta: Noto bulto en la mandíbula.

Historia clínica

Antecedentes personales: Osteogénesis imperfecta, sordera neurosensorial, psoriasis, artrodesis lumbar.

Anamnesis: Paciente masculino de 44 años, presenta desde hace 2 meses dolor en mandíbula derecha con aumento de volumen. Acude previamente a odontología pensando en infección dental, le pautan antibióticos, sin notar mejoría.

Exploración: PA: 140/85 mmHg. FC: 61 bpm. T°: 36°C.

En región preauricular derecha presenta tumefacción. Se palpa tumoración indurada de 2-3 cm.

Faringe: no eritema, no exudados amigdalares. No adenopatías cervicales.

Se realiza ecografía donde se observa imagen que impresiona intraparotídea de aproximadamente 2 cm, heterogénea y no capta Doppler, no dolorosa a la exploración.

Pruebas complementarias: Repetimos ecografía por radiología donde se confirme tumor parotídeo sugestivo de adenoma pleomorfo de 26x12mm en el lóbulo superficial.

TC cervical: imagen nodular a nivel de lóbulo superficial de parótida derecha, de 19 x 13 mm de diámetro e imágenes ganglionares satélites aumentadas de tamaño a nivel del tercio superior de cadena yugular homolateral. Se sugiere cotejar con material histológico.

Juicio clínico: Adenoma pleomorfo.

Diagnóstico diferencial: Sialadenitis sialolitiasis, tumor de Warthin, sarcoidosis.

Tratamiento y planes de actuación: Se solicita valoración a servicio de maxilo-facial. Se deriva a hospital de tercer nivel. Es intervenido de parotidectomía total conservadora. Histología: carcinoma acinar de parótida, margen afecto. Se realiza radioterapia (RT) complementaria.

Evolución: El paciente se encuentra asintomático, adecuada cicatrización de herida quirúrgica, tiene una evolución favorable y está en sesiones de RT actualmente.

Conclusiones: La ecografía complementa la exploración física y nos permite poder ser más acertados con nuestra orientación diagnóstica, sobre todo cuando hay sospecha de malignidad. Tomando en cuenta este caso, puedo decir que resultó muy útil ya que pudimos orientar de manera oportuna nuestro juicio clínico y mejorar el pronóstico de nuestro paciente.

INDRID MAYUMI ECHEVERRÍA LÓLIN
LUIS ARMANDO ROSADO VARGAS
SUSANA JUAN EZQUERRA
MARÍA DOLORES LÓPEZ GOSP

Contacte:
mayumita_14@hotmail.com

Número de registre:
IICECOAP_10237

Comunicació:
PÒSTER

Una semana después de la caída

Ámbito del caso: Atención Primaria

Motivos de consulta: Disnea y dolor costal.

Historia clínica

Hombre de 29 años sin antecedentes patológicos, acude a urgencias de atención primaria por dolor en hemitórax izquierdo, disnea leve y sensación de movimiento costal al respirar.

Refiere haber sido visitado hace una semana en Irlanda, por contusión costal izquierda al caerse del patinete, donde prescribieron analgesia.

Enfoque individual:

Exploración física: Estable hemodinámicamente, con Saturación O2 98% Y FR: 24 rpm. A la inspección destaca asimetría a la respiración con tracción a nivel de la parrilla costal. Auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.

Ecografía clínica: Se evidencia imagen anecoica compatible con derrame pleural a nivel de base izquierda, con presencia de signo de la medusa, ausencia de sliding con presencia de punto pulmón.

Radiografía de Tórax: Neumotórax.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Ante la clínica respiratoria y el dolor torácico, se planteó diagnóstico diferencial con otras entidades potencialmente graves como tromboembolismo pulmonar, atelectasia, neumonía basal. Pero teniendo en cuenta que se trata de paciente joven que consulta por disnea leve, asociada a dolor torácico en hemitórax izquierdo con antecedente reciente de contusión, nuestra primera opción diagnóstica es neumotórax, siendo la ecografía pulmonar la que nos permitió orientar de forma rápida y precisa el diagnóstico, que posteriormente confirmamos con la radiografía de tórax.

Tratamiento y planes de actuación: Se deriva a urgencias del hospital más cercano, le colocan drenaje pleurecath, sin incidencias. Evolución hospitalaria satisfactoria.

Conclusiones: La ecografía clínica pulmonar es una herramienta accesible, no invasiva y de gran precisión para las patologías respiratorias. En este caso nos permitió identificar neumotórax izquierdo de origen postraumático, lo que nos permite un diagnóstico precoz e intervención terapéutica oportuna.

ESTHER RUBIO MUÑOZ
JAVIER OGANDO GARCÍA
CLAUDIA DASCA ROMEU
ANNA MÉNDEZ OLAVIDE
DÚNIA HERNÁNDEZ NAVARRO
ANDER BURGAÑA AGOUES

Contacte:
erubio@mutuaterrassa.es

Número de registre:
IICECOAP_10238

Comunicació:
PÒSTER

Gonàlgia postraumàtica, no tot és el cop

Àmbit del cas: Centre d'Atenció Primària.

Motiu de la consulta: Gonàlgia dreta.

Anamnesi: Dona de 58 anys amb al·lèrgia a macròlids i metamizol que presenta com antecedents personals hipotiroidisme en tractament substitutiu, dislipèmia en tractament dietètic i malaltia renal crònica estadi IIIa.

Consulta per quadre de gonàlgia dreta de 2 setmanes d'evolució que ha empijorant els últims 3-4 dies després de caiguda casual. Presenta dolor de característiques mecàniques amb dificultat per realitzar els moviments, no la desperta per la nit, escassa millora amb antiinflamatoris orals.

Exploració física: Genoll dret sense tumefacció ni deformitats, no vessament articular, maniobra raspall negativa, dolor pal·lació interlínea articular interna i fosa poplíteica, mobilitat conservada però amb flexió limitada, maniobres meniscals negatives, estabilitat lligamentosa conservada amb tests negatius, marxa preservada.

Proves complementàries: Es realitza ecografia amb sonda lineal d'alta freqüència on s'observa imatge anecoica ovalada ben delimitada amb parets fines situada en zona poplíteica, presenta reforç acústic posterior sense captació amb el Doppler, s'observa herniació de material anecoic compatible amb líquid sinovial cap a bessó intern i edema a teixits tous circumdants.

- Orientació diagnòstica: Ruptura de Quist de Baker o quist popliti
- Diagnòstic diferencial:
 - Trombosi venosa profunda (TVP).
 - Aneurisma popliti.
 - Tumors de parts toves.
 - Quists parameniscals.
 - Ganglions sinovials.
 - Bursitis.

Tractament: es va realitzar punció ecoguiada del quist sota condicions d'asèpsia amb evacuació de 18 cc de material serós viscos amb restes hemàtiques al final del procediment. Posteriorment es va realitzar infiltració amb betametasona i mepivacaïna.

Conclusions i aplicabilitat per a l'Atenció Primària: La patologia osteomuscular és un motiu de consulta molt freqüent en les nostres consultes i l'ecografia ens pot ajudar a definir millor els nostres diagnòstics i ajudar-nos a la realització de tècniques.

ESTHER RUBIO MUÑOZ
JAVIER OGANDO GARCÍA
CLAUDIA DASCA ROMEU
MIQUEL ORTEGA ESPARZA
ESTEBAN LÓPEZ REPISO

Contacte:
erubio@mutuaterrassa.es

Número de registre:
IIICEOAP_10239

Comunicació:
PÒSTER

Doctora, tengo un bulto en la rodilla

Ámbito del Caso: Centro de Atención Primaria.

Motivo de consulta: Gonalgia de repetición.

Anamnesis: Mujer de 46 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos de interés. Consulta por cuadro de 3-4 meses de evolución de gonalgia izquierda de características mecánicas que ha ido en aumento, empeora con la bipedestación mantenida, caminar por terreno inestable o mantenimiento de la rodilla en la misma posición; no antecedente traumático que recuerde, mejoría parcial con antiinflamatorios no esteroideos.

Exploración física: Rodilla izquierda sin eritema ni aumento de temperatura local, no deformidades evidentes. Movilidad activa y pasiva conservada con flexión y extensión completas. Palpación de tumefacción en fosa poplítea de consistencia blanda con dolor leve, fluctuante no pulsátil, aumento de la tensión de la masa durante la extensión y disminución durante la flexión (Signo de Foucher positivo). No presencia de derrame articular, estabilidad ligamentosa conservada, maniobras meniscales negativas.

Pruebas complementarias:

- Ecografía con sonda lineal en cara posterior rodilla: Imagen anecoica de bordes bien definidos con presencia de refuerzo acústico posterior. Ausencia de captación con Doppler.
- Orientación diagnóstica: Quiste de Baker o quiste poplíteo.
- Diagnóstico Diferencial:
 - Trombosis venosa profunda (TVP)
 - Aneurisma poplíteo
 - Tumores benignos o malignos (lipomas, sarcomas)
 - Hematomas o abscesos
 - Bursitis
 - Bursitis inflamatoria

Tratamiento/evolución: Se realizó punción ecoguiada en condiciones de asepsia con extracción de material seroso de gran viscosidad. Tras la evacuación se realizó una infiltración con betametasona 1'5 cc + 2'5 cc mepivacaína.

Conclusiones y aplicabilidad para la Atención Primaria: La ecografía tiene una alta sensibilidad diagnóstica para esta patología. Nos permite identificar el quiste y sus complicaciones así como una guía intervencionista. Es una herramienta útil en Atención Primaria al ser accesible y dinámica.

ELVIRA FRANCO PIEDRAFITA
RICARDO PEIRO NAVARRO

Contacte:
elvirafrancopiedrafita@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10241

Comunicació:
PÒSTER

Utilitat de l'ecografia clínica en pacients institucionalitzats en residències geriàtriques

El diagnòstic en pacients institucionalitzats presenta dificultats per l'accés a proves complementàries, deteriorament cognitiu dels pacients i la presentació atípica d'algunes patologies. En aquest entorn l'ecografia clínica aporta un valor afegit, apropiant les tècniques diagnòstiques i incrementant la capacitat resolutiva.

Objectiu: Analitzar les ecografies realitzades pels professionals de l'equip d'atenció primària als pacients institucionalitzats, les troballes diagnòstiques, l'impacte en el maneig i la satisfacció dels usuaris i professionals.

Metodologia: S'han analitzat les ecografies realitzades, valorant motiu de sol·licitud, resultat ecogràfic, actitud clínica, satisfacció dels usuaris i professionals

Resultats: S'han realitzat 37 ecografies (10% població): 19 abdominals, 8 urinàries i 10 de parts toves.

Motius: 11 alteració transaminases, 9 tumoració mamària, 4 hemàturia, 3 dolor abdominal, 2 síndrome tòxica, 2 síndrome prostàtica, 2 infeccions urinàries de repetició i 1 tumoració de coll, dolor d'espatlla, insuficiència renal i control esteatosi.

Resultats:

- Abdominals: 5 colelitiasi, 2 fang biliar, 3 esteatosi hepàtica, 1 lesió hepàtica múltiple, 1 dilatació via biliar, 1 ronyons atrofics, 1 quists renals, 5 normals.
- Urinàries: 1 tumoració vesical, 4 quistos renals, 3 no valorables (dèficit ompliment bufeta).

Parts toves: 4 masses heterogènies mamàries, 3 patologia inflamatòria mama, 1 tendinitis supraespinós, 1 adenopatia patològica, 1 abscess cutani.

S'han activat 6 CDR de mama i 1 de bufeta (confirmades 4 neoplàsies de mama i una de bufeta), i una derivació urgent (sospita de metàstasis hepàtiques, confirmada).

El 100 % dels pacients, familiars i professionals han estat molt satisfets per la realització de l'ecografia a la residència.

Conclusiones: Les ecografies realitzades a les residències han permès incrementar la resolució clínica dels metges d'AP, agilitant el procés diagnòstic i terapèutic, i evitant desplaçaments innecessaris. La satisfacció dels residents, familiars i professionals ha estat molt elevada.

Malgrat la capacitat funcional i cognitiva limitada, només un 10 % de les ecografies no van ser valorables.

LAURA SANTIAGO PÉREZ
DANIEL MANTEIGA RODRÍGUEZ
GEMMA SANCHÍS VALLS
RAQUEL GAYARRE AGUADO
ROSER ROS BARNADAS

Contacte:
lsantiago.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10243

Comunicació:
PÒSTER

Malformación venocapilar como pseudoneoplasia de partes blandas: Cuando la imagen sospechosa no es maligna

Ámbito del caso: atención primaria. Motivo de consulta: Aumento de volumen de la extremidad inferior izquierda. Historia clínica: mujer de 58 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, antecedentes de artritis reumatoide, Sjögren, osteoporosis con fractura lumbar. Consulta por aumento progresivo de gemelo izquierdo hace 3 meses con dolor de características inflamatorias, parestesias nocturnas y sensación de pierna cansada que empeora con el calor. No traumatismo. A la exploración física gemelo izquierdo con aumento de diámetro respecto al contralateral. No se palpan masas pero sí aumento de volumen y consistencia de gastrocnemio izquierdo con dolor a la palpación. Perímetro (a 13 centímetros del polo inferior de rótula): 41 centímetros izquierdo y 37 centímetros derecho, no edemas maleolares, signo de Homans negativo. Pulsos pedios y tibial posterior presentes y simétricos. No déficits motores. Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa crónica, rotura fibrilar, hematoma muscular antiguo, tumoración de partes blandas benigna o maligna. Plan: se realiza ecografía clínica en el mismo momento evidenciando a nivel del músculo gastrocnemio izquierdo una imagen sólida, heterogénea con imágenes hipoecogénicas y anecoicas con vascularización aumentada de límites parcialmente definidos de más de 5 centímetros de diámetro sin poder delimitarse claramente la lesión. Vena poplítea y gastrocnemias compresibles con Doppler positivo. Evolución: ante los hallazgos ecográficos sospechosos de malignidad y sospecha de miosarcoma se realiza resonancia magnética urgente con resultado de aumento de volumen de la musculatura de la pierna izquierda asociada a una proliferación vascular difusa sugestiva de malformación venocapilar. Tratamiento: Media compresiva tipo CIRCAID. No tributaria de tratamiento quirúrgico. Conclusiones: -La ecografía clínica en la consulta permitió una valoración rápida optimizando la necesidad de pruebas complementarias -Las malformaciones venocapilares presentan características ecográficas de malignidad actuando como pseudoneoplasias de partes blandas -Los hallazgos ecográficos sospechosos tienen un alto rendimiento diagnóstico pero no son patognomónicos de malignidad.

ADRIANA ABIZANDA SARO
ELENA JIMÉNEZ CHOZAS
CLARA GONZÁLEZ-VENGAS CABA
BERTA RICO BENAIGES
ANE UGARTE RUIZ DE AGUIRRE
MARIA ALPISTE GRUAS

Contacte:
adrianaabizandasaro@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10244

Comunicació:
PÒSTER

Típico lipoma

Paciente de 71 años con antecedentes de lipomas que acude por lesión dorsal izquierda redondeada con crecimiento en los últimos 3 meses. Refiere dolor a la palpación de la lesión o cuando se moviliza en la cama. No síndrome constitucional. Explica que previamente había sido valorada la lesión y catalogada como lipoma.

A la exploración física destaca lesión de 4cm de diámetro, posiblemente sugestiva de lipoma.

Se realiza ecografía clínica que muestra: Se aprecia en parrilla costal izquierda, lesión en tejido celular subcutáneo hipoecogénica con región superior más redondeada, encapsulada, y una región inferior con crecimiento hacia región profunda, más heterogénea e hiperecogénica con áreas hipoecogénicas en su interior, sin captación Doppler, de 19x34mm, 41mm de diámetro, que desplaza la fascia y en una de las zonas parece que podría infiltrarla.

Se orienta el caso como lesión con características de malignidad y se solicita TC urgente y derivación a UDR, ambas pruebas todavía pendientes.

KARINA ESLAVA DÍAZ
JOEL ALARCÓN CRESPO
PAMELA ALVÁREZ DOMÍNGUEZ

Contacte:
keslava.cc.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10245

Comunicació:
PÒSTER

POCUS mamario en el puerperio

Mujer de 35 años de edad, puerpera de 8 semanas en periodo de lactancia materna y con antecedentes personales de mastopatía fibroquistica, acudió a la consulta de Medicina de Familia tras objetivar mediante autoexploración una tumoración mamaria a tensión. La paciente refería molestias localizadas a la palpación profunda, sin asociar picos febriles ni otra sintomatología sistémica. Presentaba algo de ansiedad debido a un antecedente familiar de primer grado (madre) de cáncer de mama.

A la exploración física, se objetivaron mamas simétricas, sin alteraciones cutáneas, eritemas ni retracción del pezón. A la palpación, se delimitó un bultoma de consistencia elástica y a tensión en la zona externa de la mama derecha, que resultaba indoloro a la palpación superficial pero discretamente sensible a la presión profunda, asociando galactorrea fisiológica bilateral y ausencia de adenopatías axilares sospechosas.

Ante estos hallazgos, se realizó ecografía clínica mediante sonda lineal de alta frecuencia, identificándose múltiples imágenes de morfología redondeada, hipocogénicas y bien delimitadas en el tejido celular subcutáneo. Estas lesiones presentaban un nítido refuerzo acústico posterior (lo que confirmaba el contenido líquido) midiendo la de mayor tamaño 2,14 cm x 1,98 cm.

Con esta correlación clínico-ecográfica, el caso se orientó como un galactoceles, procediendo a programar una derivación preferente a Ginecología para su seguimiento y explicando sobre los signos de alarma ante el riesgo de sobreinfección. La visualización de las imágenes en tiempo real durante la consulta permitió descartar de forma objetiva criterios de malignidad, logrando tranquilizar de inmediato a la paciente y mitigar el impacto psicológico derivado de sus antecedentes oncológicos familiares.

LINDIANA FLORES MARTÍNEZ
LISSETT SILVIA CASTRO BRAVO
ALEXIS GASKINZ ROMANIDY

Contacte:
lindianaflloresmartinez@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10246

Comunicació:
ORAL

Concordancia y utilidad clínica de la ecografía mamaria realizada por médicos de familia entrenados en Atención Primaria rural

Justificación: El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres en España y representa un importante problema de salud pública. En Atención Primaria (AP) rural existen demoras diagnósticas y dificultades de acceso a pruebas de imagen para el estudio de nódulos mamarios palpables. La ecografía mamaria realizada por médicos de familia entrenados podría mejorar la accesibilidad y optimizar las derivaciones hospitalarias.

Objetivos: Determinar la concordancia interobservador en la categorización Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS) entre médicos de familia entrenados de AP rural y radiólogos de Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR).

Objetivos secundarios: calcular sensibilidad y valor predictivo negativo (VPN) para cáncer mamario usando histología o seguimiento a 12 meses como estándar de referencia, cuantificar derivaciones evitables a UDR y evaluar el tiempo hasta diagnóstico definitivo y la curva de aprendizaje de los médicos participantes.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de validación diagnóstica (STARD 2015). Se realizará en seis CAP rurales de Cataluña Central situados a más de 30 km del hospital de referencia. Se incluirán pacientes ≥ 18 años, con nódulo mamario palpable y con consentimiento informado. Para un kappa esperado de 0,80, precisión $\pm 0,10$ e IC95%, con muestra estimada de 226 pacientes.

Los médicos de familia recibirán formación específica (40 horas teóricas y 50 ecografías supervisadas) y realizarán ecografía mamaria con ecógrafo portátil y sonda lineal $= 7,5$ MHz. Todas las pacientes serán reevaluadas por radiología en ≤ 15 días. Las variables incluirán características clínicas y ecográficas, BI-RADS y tiempo de exploración. El estándar de referencia será biopsia para BI-RADS 4-6 y seguimiento clínico-radiológico para BI-RADS 1-3. Se calcularán kappa ponderado, sensibilidad, especificidad, VPP y VPN.

Resultados esperados y aplicabilidad práctica: Esperamos obtener una concordancia sustancial ($\text{kappa} > 0,75$) y un VPN $= 98\%$, reduciendo derivaciones innecesarias. Este modelo podría mejorar la equidad territorial y disminuir demoras diagnósticas en AP rural.

ADRIANA ABIZANDA SARO
ELENA JIMÉNEZ CHOZAS
CLARA GONZÁLEZ-VENGAS CABA
BERTA RICO BENAIGES
ANE UGARTE RUIZ DE AGUIRRE
MARIA ALPISTE GRUAS

Contacte:
adrianaabizandasaro@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10248

Comunicació:
PÒSTER

Todavía me duele la muñeca

Paciente de 45 años con antecedentes de hipertrigliceridemia, bronquiectasias y esteatosis hepática, que consulta por dolor en muñeca y omalgia persistente tras caída hace 4 meses. En ese momento acudió a urgencias, donde orientaron el caso como subluxación de hombro derecho y dolor muñeca derecha por contusión, pautaron cabestrillo y tratamiento. A mi valoración mejoría de omalgia leve pero persistencia del dolor tanto en hombro derecho como en muñeca derecha a pesar de tratamiento y prescripción de ejercicios que ha realizado correctamente.

A la exploración física destaca elevación de hombro conservada, abducción limitada a 110°, rotación interna limitada a cadera con tope duro, rotación externa conservada, Jobe y Yokum positivos. Destaca también dolor en la extensión de la muñeca y la pronación, así como molestias a la palpación de región cubital dorsal.

Se decide realización de ecografía clínica:

Se explora aparato flexor de la muñeca derecha sin alteraciones

Se explora aparato extensor de la muñeca, a nivel de 6ª corredera se aprecia aumento de área del extensor cubital del carpo y engrosamiento sinovial con respecto a contralateral sugestivo de tenosinovitis, y dolor a la exploración dinámica

Hombro derecho: Tendón largo del bíceps braquial situado en corredera bicipital sin lesiones. A nivel proximal de codo no se aprecia ruptura de tendón bicipital.

Tendón subescapular con gran adelgazamiento sugestivo de ruptura extensa con respecto a contralateral (coincide con limitación en RI)

Tendón supraespinoso levemente engrosado con alguna microcalcificación en su interior, de morfología levemente heterogénea, sugestiva de tendinosis

Tendón infraespinoso sin alteraciones.

Se orienta el caso como tenosinovitis de extensor cubital del carpo derecha y ruptura extensa del tendón subescapular derecho.

Se deriva el paciente a Traumatología para valoración de ruptura extensa del subescapular derecho y a Rehabilitación para tratamiento de tendinitis del extensor cubital del carpo.

ADRIANA ABIZANDA SARO
ELENA JIMENEZ CHOZAS
CLARA GONZÁLEZ-VENGAS CABA
BERTA RICO BENAIGES
ANE UGARTE RUIZ DE AGUIRRE
MARIA ALPISTE GRUAS

Contacte:
adrianaabizandasaro@gmail.com

Número de registre:
IIECOAP_10249

Comunicació:
PÒSTER

¿Me miras el quiste?

Paciente de 68 años con antecedentes de HTA, EPOC y quiste hepático simple que consulta por varios motivos, entre ellos refiere antecedente de quiste hepático al que realizaban seguimiento en clínica privada y solicita seguimiento ecográfico de la lesión. La paciente se encuentra asintomática, no síndrome tóxico, no dolor. A la exploración física destaca abdomen anodino. Dada la falta de información programamos para realizar ecografía clínica en el centro.

Ecografía clínica:

Hígado de tamaño y morfología normal. Se aprecia lesión hiperecogénica de unos 3 cm en segmento II, sin vascularización periférica, redondeada, sugestiva de posible hemangioma vs adenoma. Entre lóbulo hepático derecho e izquierdo, se aprecia masa hipo-isoecogénica con presencia de punteado hiperecogénico de 10x3cm. No dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula biliar de tamaño y morfología normal de paredes finas, sin lesiones en su interior.

Dados los hallazgos solicitamos TC abdominal urgente: Lesión de 7 x 7 x 9.5 cm (Tr x AP x CrC) en segmento hepático 4. No muestra captación significativa de contraste en fase arterial, portal ni tardía. La lesión impresiona de cierta estabilidad con respecto a ecografía del 2019. Se cita RM para mejor caracterización ya que impresiona de lesión tipo quístico de contenido denso/proteináceo.

Hemangiomas hepáticos en segmento 2 y 7.

A día de hoy resta pendiente de resultados de RMN.

ANA HERNÁNDEZ GIRBÉS
MARIONA MARQUÉS PÀMIES
MAR VIDAL ORELL

Contacte:
anahdezgir@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10251

Comunicació:
PÒSTER

Dolor abdominal i lesions hepàtiques: Paper de l'ecografia clínica en l'atenció primària

Es presenta el cas clínic de pacient dona de 70 anys amb antecedent mèdic d'hipertensió arterial i colèstasi dissociada amb ecografia de l'any passat normal. Antecedent epidemiològic de recent viatge a Xina. Consulta a atenció primària per clínica de quatre dies d'evolució de vòmits biliosos, dolor abdominal tipus còlic i anorèxia amb intolerància oral completa. A l'exploració física destacava dolor en fossa ilíaca esquerra sense peritonisme. Es realitza ecografia clínica on s'observa una lesió a nivell hepàtic mal definida de contingut heterogeni d'uns 5x7 cm sense captar Doppler, localitzada al lòbul dret. Vesícula distesa sense inflamació ni contingut al seu interior. En aquest context donat les troballes i clínica de la pacient es decideix derivació a urgències hospitalàries per realització de TC abdominal i maneig. A urgències es va considerar indicació d'estudi ambulatori, pel que donen d'alta sense realització d'altra prova d'imatge. Des del CAP s'adjunten imatges d'ecografia clínica i es sol·licita TC preferent, realitzat l'endemà mateix. La prova va evidenciar dues lesions hepàtiques hipodenses multilobulades, suggestives d'abscessos hepàtics, sense descartar neoplàsia. Posteriorment la pacient va ingressar per estudi i tractament, amb aparició de febre. S'orienta com abscess hepàtic i es realitza drenatge percutani ecoguiat amb sortida de material purulent i col·locació de catèter sense complicacions. Aquest cas subratlla la importància de l'ecografia clínica a atenció primària com a eina clau per a la detecció precoç de patologia greu, agilitzant la derivació i millorant la presa de decisions diagnòstiques i terapèutiques. Per la realització d'aquest cas clínic es disposa d'autorització expressa de la pacient.

ADRIANA PALMEIRA DIAS
ARIADNA PELEJÀ ARROYO
ARTURO ODREMAN ROJAS
JU YOUNG SHIN KANG
MARIA JOSE EVANGELIO SEQUI
CRISTINA ORTEGA CONDES

Contacte:
adrianapalmeira@hotmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10253

Comunicació:
PÒSTER

Hallazgo incidental de derrame pleural mediante ecografía torácica en Atención Primaria: Impacto en la orientación diagnóstica

Àmbit del cas: Centro de Atención Primaria (CAP) con derivación hospitalaria.

Motivos de consulta: Tos seca de un mes de evolución, disnea leve, astenia ocasional, febrícula y dolor lumbar intermitente.

Historia clínica

Mujer de 62 años, exfumadora de 20 paquetes/año, sin antecedentes médicos ni oncológicos relevantes. Independiente para las actividades de la vida diaria y laboralmente activa. A la exploración física presentaba buen estado general, saturación basal de oxígeno del 95% en aire ambiente, afebril y ligera matidez en base pulmonar izquierda.

Pruebas complementarias: Se realizó ecografía torácica en el CAP con el objetivo de identificar consolidaciones compatibles con neumonía. No se objetivaron hallazgos sugestivos de condensación pulmonar, detectándose de forma incidental un derrame pleural moderado izquierdo. Se decidió derivación hospitalaria para ampliación de estudio. En el hospital, la radiografía de tórax mostró borramiento de los senos costofrénicos y cardiofrénico izquierdos, así como consolidación en el lóbulo superior izquierdo. Posteriormente se realizaron toracocentesis ecoguiada y Tomografía Axial Computarizada (TAC) toracoabdominal, evidenciándose una masa hiliar izquierda con adenopatías mediastínicas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: Derrame pleural unilateral de probable etiología neoplásica versus infecciosa/reactiva. El hallazgo ecográfico incidental permitió identificar un hallazgo de alarma y reorientar el abordaje diagnóstico, indicando derivación hospitalaria para ampliación de estudio.

Tratamiento y planes de actuación: Derivación hospitalaria preferente, toracocentesis diagnóstica y seguimiento por Neumología.

Evolución: Diagnóstico posterior de carcinoma pulmonar microcítico en estudio de extensión.

Conclusiones: La ecografía torácica en Atención Primaria mejora la capacidad diagnóstica y la toma de decisiones ante patología respiratoria grave. La identificación incidental de un derrame pleural ante una clínica poco llamativa permitió agilizar el abordaje diagnóstico. No obstante, la ausencia de consolidaciones ecográficas no excluye patología pulmonar en áreas de limitada accesibilidad, como los ápex pulmonares.

KATIA MERCEDES QUISPE MUNARRIZ
HE WANG PING
ALEJANDRA MAY MOTA
ZULLY KARIN AMAYA CARRERA

Contacte:
kquispem.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10254

Comunicació:
PÒSTER

Elevación aislada de GGT como hallazgo incidental en paciente de edad avanzada: Utilidad del POCUS en Atención Primaria

Introducción: La elevación aislada de Gamma-glutamil transferasa (GGT) es un hallazgo frecuente pero altamente inespecífico. Aunque suele asociarse a inducción enzimática o esteatosis hepática metabólica, la coexistencia de síntomas constitucionales actúa como un signo de alarma que obliga a descartar patología estructural o malignidad. El Point of Care Ultrasound (POCUS) aumenta el valor diagnóstico ante lesiones hepáticas y acelera la cadena asistencial.

Caso Clínico: Mujer de 79 años, con antecedentes a destacar HTA, Hipercolesterolemia y Neoplasia de mama. Hallazgo casual de elevación aislada de GGT (U/L) en una analítica de rutina. Las transaminasas, la fosfatasa alcalina y la bilirrubina eran normales. En la anamnesis dirigida, la paciente refirió astenia e hiporexia, sin clara pérdida de peso en los últimos meses. Consumo de alcohol 1 UBE/d. Niega ingesta de nuevos medicamentos. Exploración física anodina. Se realizó una ecografía clínica abdominal, la cual descartó dilatación de la vía biliar y esteatosis hepática, pero reveló una lesión ocupante de espacio (LOE) heterogénea en el lóbulo hepático derecho.

Discusión: El hallazgo de una LOE hepática en una paciente de edad avanzada, reorienta el diagnóstico diferencial hacia causas estructurales malignas (metástasis o hepatocarcinoma). Este escenario consolida al POCUS como una herramienta resolutoria y eficiente; en lugar de demorar el proceso con analíticas de control, la imagen a pie de cama optimizó el triaje y justificó la derivación preferente para un estudio de alta resolución (TC/RM).

Conclusiones: La GGT es muy sensible para detectar afectación hepatobiliar pero poco específica. El estudio inicial debe fundamentarse en una anamnesis minuciosa dirigida a la búsqueda de síntomas de alarma, inductores enzimáticos y factores de riesgo metabólico, estableciendo así una sospecha diagnóstica. El POCUS potencia la exploración física al responder preguntas dicotómicas en tiempo real, acelerando críticamente la toma de decisiones y optimizando los recursos asistenciales.

PAMELA ÁLVAREZ DOÍNGUEZ
KARINA ESLAVA DÍAZ
JOEL ALARCÓN CRESPO

Contacte:
alvarez.pamela31@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10257

Comunicació:
PÒSTER

Quiste hemorrágico: El gran simulador de la FID

Mujer de 19 años, deportista y sin otro antecedente, consultó con su médico por dolor abdominal difuso de inicio progresivo, de una semana de evolución. El dolor era de intensidad moderada y se asociaba a distensión abdominal e hiporexia, mostrando una mejoría relativa con ibuprofeno y paracetamol. La paciente se encontraba afebril y negaba cambios en el hábito deposicional, sintomatología urinaria o alteraciones en su período menstrual actual.

A la exploración física, el abdomen se presentaba blando y depresible, con dolor selectivo a la palpación en la fosa iliaca derecha y en la región suprapúbica, pero sin signos de irritación peritoneal ni visceromegalias, siendo la puñopercusión lumbar bilateral negativa.

Ante la localización del dolor, se realizó una ecografía clínica mediante un transductor convexo, objetivando una vejiga urinaria replecionada. En la fosa iliaca derecha se identificó una imagen redondeada, predominantemente hipocogénica y bien delimitada, de 3,53 cm. La lesión presentaba un nítido refuerzo acústico posterior, lo que confirmaba la naturaleza líquida, y mostraba en su interior un pequeño parche ecogénico compatible con un coágulo, sin evidencia de vascularización interna pero con captación de señal Doppler en la periferia.

El caso se orientó como un quiste ovárico hemorrágico y, ante la persistencia del dolor, se derivó a urgencias de ginecología donde confirmaron la sospecha diagnóstica mediante ecografía transvaginal, descartando signos de torsión anexial o hemoperitoneo significativo, dada de alta con pauta de analgesia y seguimiento por consultas externas.

En este caso, la exploración ecográfica no solo permitió orientar con precisión una patología ginecológica benigna, sino que resultó determinante para descartar un proceso quirúrgico agudo como la apendicitis derecha. Esto evitó pruebas innecesarias, optimizó los tiempos de derivación hacia la especialidad idónea (Ginecología en lugar de Cirugía General) y redujo la incertidumbre diagnóstica tanto para el médico como para la paciente.

JANIRE IRURETAGOYENA IPARRAGUIRRE
SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCÍA
ROSA CABALLOL ANGELATS

Contacte:
jiruretagoyena.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10259

Comunicació:
PÒSTER

Diagnòstic incidental de la síndrome de Birt-Hogg-Dubé en el context d'una epigastràlgia persistent

Motiu de consulta: Dona de 56 anys que consulta per epigastràlgia, nàusees i vòmits postprandials intermitents de quatre mesos d'evolució, amb períodes asimptomàtics.

Història clínica

Antecedent d'AIT. Dolor epigàstric matutí de 1–3 hores, recurrent durant diversos dies. Sopars tardans. Sense pirosi inicial ni alteracions deposicionals. En tractament amb omeprazol. En els darrers dies associa distensió abdominal lleu i sorolls intestinals. Refereix dolor costal dret i un episodi previ de dolor toràcic amb estudi a urgències sense troballes patològiques.

Exploració i proves complementàries: Bon estat general. Abdomen tou i depressible amb dolor predominant a l'epigàstri. ECG normal. Radiografia de tòrax sense lesions agudes. Ecografia abdominal i pulmonar normals.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Dispepsia, gastritis, dolor d'origen farmacològic.

Tractament i pla d'actuació: Mesures dietètiques, antiàcids i manteniment d'omeprazol. Ajust del tractament crònic. Sol·licitud d'anàlítica, endoscòpia digestiva alta i TAC abdominal.

Evolució: Anàlítica dins la normalitat. Endoscòpia amb diagnòstic de gastritis crònica. El TAC abdominal mostra quists pulmonars bilaterals, mínim pneumotòrax basal esquerre i quist renal cortical. El TAC de tòrax evidencia butlles pulmonars difuses compatibles amb síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Es deriva a pneumologia i urologia per seguiment i prevenció de carcinoma renal, amb controls periòdics i educació en signes d'alarma des d'atenció primària.

Conclusions: L'atenció primària té un paper clau en la detecció de patologies minoritàries mitjançant l'ús adequat de les proves d'imatge. Davant una epigastràlgia persistent cal mantenir un ampli diagnòstic diferencial. El diagnòstic incidental de la síndrome de Birt-Hogg-Dubé permet establir estratègies de vigilància precoç i prevenir complicacions greus, destacant la importància del seguiment longitudinal i la coordinació multidisciplinària.

TERESA MIRALLES ROMERO
ROSA CABALLOL ANGELATS
ANA NOMEDEU GALLEN
JOSÉ FRANCISCO MOLLA CALABUIG
MELANIE BENÍTEZ FRIAS
SARAY FRANCO DAUDEN

Contacte:
teresamiralles11@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10260

Comunicació:
PÒSTER

L'ecografia clínica com a extensió de l'exploració física: Diagnòstic d'un tumor neuroendocrí pancreàtic metastàtic.

Enfocament individual: Pacient de 47 anys amb antecedents d'ansietat, al·lèrgia a penicil·lina. En tractament amb olanzapina, clonazepam i Duloxetine.

Acudeix a urgències per mareig amb esvaniment i pèrdua de visió d'uns minuts. Després va tindre dues diarrees i un vòmit, sense altra clínica. Afebril.

La pacient estava conscient i orientada, normocolorejada i normohidratada. L'auscultació va ser normal però a la palpació abdominal es detectava una massa abdominal dura en epigàstri, d'uns 5 centímetres de diàmetre major, dolorosa a la palpació, sense defensa. La resta sense troballes.

A l'anàlítica destacava elevació de les transaminases (present a l'agost arran d'un dolor abdominal, sense seguiment) i anèmia sense altres alteracions.

Vam fer una ecografia clínica en la qual s'observaven dues masses hepàtiques d'aproximadament 5x5 centímetres, de densitat heterogènia als segments II (massa palpable) i VII.

Enfocament familiar: Sa mare va tindre càncer de còlon.

Judici clínic/diagnòstic diferencial: La primera impressió diagnòstica va ser de mareig, però després de l'exploració física i l'ecografia clínica realitzada, l'orientació diagnòstica va canviar a sospita d'una patologia maligna, per la qual cosa vam demanar un TAC abdominal preferent (activant el diagnòstic ràpid de càncer).

Pla d'actuació/evolució: Al TAC abdominal s'observava una massa pancreàtica de predomini hipodens que comprometia cap i cua, amb lesions metastàsiques hepàtiques de gran mida, bilobars.

Després de les proves demanades a l'hospital la pacient va ser diagnosticada d'un tumor neuroendocrí grau 2 ben diferenciat estadi IV per afectació hepàtica i adenopaties periaòrtiques.

Conclusions: L'ecografia és una eina essencial per al metge de família i d'urgències.

L'exploració física és important per a guiar la sospita clínica, i d'aquí neix l'ecografia clínica, que respon a preguntes sobre els pacients i ajuda a prendre decisions, en aquest cas, vitals per a ells.

Open Acces



Comunicacions II Congrés EcoAP de la CAMFiC

RAQUEL GAYARRE AGUADO
DANIEL MANTEIGA RODRÍGUEZ
LAURA SANTIAGO PÉREZ
M. ANTÒNIA POU GIMÉNEZ
JOAN FERNÁNDEZ LOPEZ
LUCAS ALEGRE HERRERO

Contacte:
rgayarre@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10261

Comunicació:
PÒSTER

Preguntar, explorar i ecografiar: una formació integrada en l'abordatge de l'espatlla dolorosa per a residents de Medicina Familiar i Comunitària

Introducció: L'espatlla dolorosa és un motiu de consulta freqüent a l'Atenció Primària (AP). Una exploració física estandarditzada permet realitzar una acurada orientació diagnòstica sindròmica. La disponibilitat de l'ecografia clínica a l'AP pot ajudar en el maneig d'aquesta patologia però, sense una orientació inicial, comporta el risc de detectar lesions sense clara repercussió clínica. És per això que la integració de l'exploració física i l'exploració ecogràfica millora la precisió diagnòstica i la presa de decisions clíniques en el dolor d'espatlla.

Objectius: Descriure una experiència docent dirigida a residents de Medicina Familiar i Comunitària per desenvolupar habilitats en exploració física i exploració ecogràfica en l'avaluació del dolor d'espatlla.

Descripció: Es va dissenyar una activitat formativa integrada dins del programa docent del centre, basada en exposicions teòriques breus combinades amb pràctica supervisada. La metodologia va incloure aprenentatge basat en simulació i ús de models anatòmics.

Els continguts van incloure, d'una banda, l'exploració física de l'espatlla dolorosa, orientada al diagnòstic diferencial mitjançant maniobres específiques amb la descripció anatòmica de les estructures explorades, i de l'altra, l'exploració ecogràfica de cada una d'elles.

L'activitat es va dur a terme en un entorn pràctic i participatiu, fomentant la implicació activa dels residents i la integració dels coneixements en la pràctica clínica.

Conclusions: La combinació de sessions teòriques breus amb pràctica supervisada facilita la adquisició d'habilitats en exploració física i ecografia. Aquesta metodologia afavoreix l'estandardització de l'exploració física i l'orientació sindròmica com a pas previ a l'exploració ecogràfica per confirmar la sospita inicial.

Aplicabilitat: Aquesta experiència és fàcilment transferible a altres unitats docents d'AP. Pot contribuir a la implementació de la formació en exploració física i ecogràfica de l'espatlla, de manera estructurada, potenciant competències clíniques essencials i millorant la qualitat assistencial.

IRIS MONTILLA CRESPO
ELENA DE PRADO PEÑA
ESTER GENÉ SANS
KARLA ANTONIETA PEREDA LUNA
ANNA FRANCISCO ARENAS
ADRIÁN RANERA MÁLAGA

Contacte:
irismontillac.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10262

Comunicació:
PÒSTER

L'impacte: Quan FAST guanya al patinet

Pacient home de 14 anys sense antecedents patològics ni quirúrgics coneguts i sense tractament farmacològic actiu, que acudeix traslladat en transport sanitari urgent per caiguda a via pública mentre circulava amb patinet elèctric a uns 15km/hora sense casc, amb traumatisme contra fanal i contusió de manillar en abdomen, específicament a hipocondri dret. Negava traumatisme cranioencefàlic o pèrdua de coneixement.

A la seva arribada, hemodinàmicament estable, però destaca Triangle d'Avaluació Pediàtrica inestable per aspecte, amb exploració física en què destaca l'abdomen amb marca rodona a hipocondri dret amb equimosi incipient i dolor difús a la palpació a hemiabdomen dret, sobretot al rebot a hemiabdomen inferior dret.

Es realitza ecografia Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) amb troballa a quadrant superior dret patològic amb imatge irregular hipoecogènica a nivell de fetge i ronyó dret; a finestra pèlvica, líquid lliure hipoecogènic i finestra pericàrdica i quadrant superior esquerra normal.

Es realitzen proves complementàries, a destacar anemització i confirmació per TC abdomen d'hemoperitoneu lleu, laceració hepàtica grau IV i laceració renal dreta grau III-IV sense sagnat actiu. Per inestabilitat hemodinàmica, posteriorment ingressa a Unitat de Cures Intensives Pediàtriques per vigilància estreta on va presentar bona evolució posterior. Va ser donat d'alta hospitalària amb control d'imatge estable i indicació de repòs esportiu. Al control ambulatori es va constatar resolució d'anèmia i progressiva de les lesions viscerals fins a resolució.

Considerem que l'ecografia FAST és una eina diagnòstica útil, ràpida i accessible per detectar una situació de gravetat, com en aquest cas un trauma abdominal pur estable hemodinàmicament sense criteris per activació de codi politraumàtic (PTT) que ens va permetre una actuació ràpida diagnòstica i terapèutica.

DANIEL MANTEIGA RODRÍGUEZ
RAQUEL GAYARRE AGUADO
LAURA SANTIAGO PÉREZ
GEMMA SANCHÍS VALLS
CRISTINA MAÑAS GUALLARTE
LÚA CENTELLES VALCARCEL

Contacte:
danielmanteiga.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICECOAP_10263

Comunicació:
PÒSTER

Consulta monogràfica de ecografia de hombro en Atención Primaria: Un estudio descriptivo

Introducció: La omalgia es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria (AP), generando gran impacto en calidad de vida y consumo de recursos sanitarios por su tendencia a la cronicidad. Su abordaje requiere de una exploración física exhaustiva dada la diversidad de estructuras implicadas, siendo la ecografía de gran utilidad en la evaluación. Sin embargo, estudios demuestran que el tratamiento guiado por ecografía no difiere del manejo habitual y no mejora la recuperación. Analizar la indicación e impacto de la ecografía sobre el manejo resulta fundamental para identificar áreas de mejora en la práctica clínica habitual.

Objetivo principal: Descripción de las ecografías de hombro realizadas en un equipo de AP. Objetivos secundarios: análisis de la indicación de solicitud, descripción de hallazgos obtenidos e impacto de la ecografía en el manejo clínico posterior.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes con ecografía de hombro realizada en nuestro centro durante 2025. Tras la revisión de historias clínicas, se recogieron variables clínicas y ecográficas.

Resultado: De las 31 ecografías realizadas el mecanismo lesional estaba descrito en el 64,5%, un 13% no tenía registrada exploración física y en el 48,4% no constaba una orientación diagnóstica. Previo a la ecografía se indicó analgesia en un 77,4% y en menor proporción rehabilitación. Un 80,6% de las ecografías mostraron hallazgos patológicos. El tratamiento indicado tras la ecografía fue la rehabilitación en un 45,2% de los casos. El 67,7% evolucionó hacia la mejoría y el 19,35% fueron remitidos a Traumatología.

Conclusión: La exploración física estandarizada es fundamental para orientar el diagnóstico en patología de hombro. La rehabilitación, independientemente de los hallazgos ecográficos, es uno de los principales abordajes terapéuticos con una buena tasa de recuperación. Indicarla al inicio del proceso y previo a la ecografía podría acortar la evolución y optimizar los recursos diagnósticos.

ESTEFANIA PULIDO

Contacte:
estefiapulido@gmail.com

Número de registre:
IIICECOAP_10265

Comunicació:
PÒSTER

Monitorització de la insuficiència cardíaca aguditzada en l'àmbit residencial

Àmbit residencial.

Motiu de consulta: Dispnea paroxística nocturna.

Història clínica

Antecedents personals: Dona de 89 anys que presenta els següents antecedents: fragilitat avançada, insuficiència cardíaca (IC) amb fracció d'ejecció preservada amb insuficiència aòrtica greu (grau NYHA III-IV), malaltia renal crònica moderada-greu, fibril·lació auricular anticoagulada, cognitivament preservada.

Consulta per episodi de dispnea paroxística nocturna fa 48 hores associada a dessaturació d'oxigen del 88%, autolimitada amb suport d'oxigen agut. Nega canvis en la dispnea de repòs o en l'ortopnea. Els dies previs en context d'augment d'edemes s'ha afegit hidroclorotiazida 25mg/dia al seu tractament deplectiu amb furosemida 40mg 1-1-0, sense resposta.

A l'exploració física presenta una saturació del 91% (basal del 94%) amb crepitants bibasals; edemes amb fòvea fins genoll.

Proves complementàries: Ecografia clínica pulmonar que mostra múltiples línies B a camps inferiors.

En el context de la clínica, l'exploració física i el suport ecogràfic clínic s'orienta com agudització de la IC en una usuària amb fragilitat avançada, on l'objectiu terapèutic és benestar i qualitat de vida, amb la limitació de la labilitat de la seva malaltia renal crònica i refractarietat del tractament diürètic via oral, ja que s'ha afegit un segon diürètic progressant la clínica. El diagnòstic diferencial en el grup de malalties que presenten el patró ecogràfic intersticial.

Tractament: S'indica furosemida subcutània 160mg a passar en 24 hores en una bomba d'infusió elàstica en el context de tractament pal·liatiu i previ consentiment de la usuària. S'associa boi-k 1 comprimit al dia durant 5 dies.

Evolució: A les 24 hores, mostra millora clínica amb saturació basal 94%, resolució dels edemes i sense presència de línies B a l'ecografia clínica.

Conclusions: L'ecografia pulmonar és un diagnòstic útil i en el seguiment de la IC, que evita trasllats innecessaris, especialment en usuaris fràgils.

OLGA BIGAS AGUILERA
CRISTINA MOMBLAN TREJO
LAURA RUIPÉREZ GUIJARRO
LAURA ARBONES FINCIAS
ANA MARIA SIMÓN TORRES
MERCEDES RODRÍGUEZ PASCUAL

Contacte:
obigas.apms.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10267

Comunicació:
PÒSTER

Tumoració axil·lar en puèrpera

Dona de 38 anys, puèrpera des de fa 4 dies que acut a urgències per mastàlgia i tumoració axil·lar dreta de mesos d'evolució (pre-gestació) que ha augmentat considerablement després del part.

Exploració: Mames congestives de difícil valoració. Possible adenopatia indurada a nivell inferior d'axil·la dreta.

Es remet a UDR de mama però la derivació és rebutjada recomanant valoració pel seu ginecòleg de referència per possible teixit ectòpic mamari ingurgitat.

Es recita la pacient per reavaluar a consulta. Lactància materna instaurada i palpació de lesió subcutània axil·lar, sense signes cutanis, lleugerament dolorós a la palpació.

Es realitza ecografia clínica a consulta on s'observa lesió subcutània mal definida, heterogènia amb contingut quíctic al seu interior de diàmetre màxim de 2.25cm no mostra malignitat per exploració però donat que no sabem definir el que hem observat a l'ecografia sol·licitem nova ecografia reglada per confirmar el diagnòstic que s'informa com a imatge superficial d'aspecte heterogeni a predomini hipoeecòic de vores ondulades que medeix 1.80x0.5 amb zona anecoica que recorda teixit mamari accessori. Es recomana seguiment ecogràfic i control amb especialista.

Actualment pacient a l'espera de visita a ginecologia.

Aquest cas ens mostra una pacient que inicialment, des d'urgències es va remetre al servei de diagnòstic ràpid però que després a consulta amb una exploració física i també gràcies a l'ecografia clínica es va poder reorientar. tot i no poder donar un diagnòstic definitiu a la pacient va poder ser tranquil·litzada i reorientada de nou.

L'ecografia clínica, un cop més, és una eina de valor a la pràctica clínica en atenció primària que ens ajuda a orientar els casos, accelerar diagnòstics però també tranquil·litzar els nostres pacients.

Aquest cas ens ensenya que l'ecografia clínica no es tracta de generar diagnòstics específics sinó de poder descriure les troballes, descartar malignitat i orientar el seguiment.

IRIS MONTILLA CRESPO
ELENA DE PRADO PEÑA
LAURA CALL QUER
SERGI CALERO CAMPO
KARLA ANTONIETA PEREDA LUNA
ESTER GENÉ SANS

Contacte:
irismontillac.bcn.ics@gencat.cat

Número de registre:
IIICEOAP_10268

Comunicació:
PÒSTER

Ecografia pulmonar en el pacient postquirúrgic toràcic: Resolent el puzzle diagnòstic

Home de 68 anys que consulta per tos seca i dolor toràcic de característiques pleurítiques de 2-3 dies d'evolució, sense febre ni altra simptomatologia associada. Com antecedents rellevants destacava exfumador i diagnosticat recentment d'adenocarcinoma de pulmó al lòbul inferior esquerre amb afectació locoregional, tractat mitjançant lobectomia feia un mes.

A la seva arribada es trobava hemodinàmicament estable i afebril. A l'exploració física destacava una auscultació respiratòria patològica amb crepitants i hipofonesi a la base esquerra en relació amb la zona de cirurgia coneguda, sense altres troballes.

Donat l'ampli diagnòstic diferencial: pneumònia postquirúrgica, vessament pleural paraneoplàsic o parapneumònic, tromboembolisme pulmonar i atelectàsia, es van realitzar proves complementàries. L'electrocardiograma mostrava ritme sinusal sense signes de sobrecàrrega dreta ni patró S1Q3T3. L'ecografia pulmonar objectivava hepatització pulmonar a base esquerra amb broncograma aeri dinàmic, lliscament pleural conservat i una mínima banda de líquid pleural, amb la resta de patró pulmonar airejat.

Les troballes ecogràfiques van permetre orientar el diagnòstic diferencial. La presència de broncograma aeri dinàmic i consolidació hepatitzada era suggestiva de pneumònia lobar. Pel que fa al vessament pleural paraneoplàsic o parapneumònic, només s'identificava una mínima làmina de líquid pleural sense septacions, ecos interns ni signes de nodularitat o engruiximent pleural que orientessin a malignitat.

Davant les troballes ecogràfiques i la sospita de pneumònia lobar postquirúrgica subaguda es va realitzar derivació hospitalària, confirmant-se posteriorment el diagnòstic mitjançant altres proves d'imatge. Es va decidir ingrés hospitalari i inici de tractament antibiòtic empíric, presentant bona evolució clínica i sense requeriments d'oxigenoteràpia.

L'ecografia pulmonar ens permet una valoració inicial ràpida, segura i no invasiva, especialment útil en pacients amb diagnòstic diferencial ampli com el del nostre cas, facilitant una orientació diagnòstica precoç i l'inici del tractament adequat.

CARLA VANESSA ROMERO ROJAS
EDIL MAURICIO MARTÍNEZ ARMAZA

Contacte:
romerocarla.dra@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10269

Comunicació:
PÒSTER

A propósito de un caso, disnea en la urgencia de Atención Primaria

Paciente de 71 años, con antecedentes de Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), con aumento progresivo de su disnea habitual haciéndose de mínimos esfuerzos asociado a astenia y debilidad generalizada, orientado como descompensación de su IC por lo que se aumentó la dosis de su medicación diurética; hoy acude a consulta de atención continuada porque desde hace 12 horas, se añadió a la clínica sensación distérmica con sudoración. A la exploración física piel y mucosas rubicundas, diaforético, Tº 38,2. taquicárdico, taquipneico con saturación basal de oxígeno a 92%. A la auscultación pulmonar presenta hipofonesis generalizada con crepitantes bibasales. No edemas en miembros inferiores ni otros signos congestivos, solicitamos una PCR (proteína C reactiva) capilar que es de 154. Realizamos una ecografía pulmonar a pie de cama donde se objetivan líneas B en patrón B3 a predominio de campo pulmonar derecho y condensación subpleural bilateral con patrón de hepatización pulmonar; en contexto de disnea por infección respiratoria de vías bajas compatible con una neumonía se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias donde se realiza analítica de sangre con elevación de reactantes de fase aguda, PCR 214 y procalcitonina 1 y una radiografía de tórax donde se aprecia infiltrado bilateral con condensación en lóbulo medio de pulmón derecho, por lo que se decide ingreso para manejo hospitalario con antibioterapia endovenosa y oxígeno.

En este caso se puede evidenciar que la ecografía clínica es una herramienta de apoyo en el diagnóstico diferencial de un paciente con disnea de etiología congestiva vs infecciosa.

ESTEFANIA PULIDO

Contacte:
estefiapulido@gmail.com

Número de registre:
IIICEOAP_10270

Comunicació:
PÒSTER

Quan l'antibiòtic no respon

Àmbit residencial

Motiu de consulta: Tos

Antecedents personals: Dona de 94 anys, institucionalitzada, al·lèrgica a les penicilines, amb fragilitat avançada, deteriorament cognitiu avançat, hiperreactivitat bronquial, edemes tractats amb furosemida (tot i que no consta diagnòstic d'insuficiència cardíaca).

Anamnesi limitada per deteriorament cognitiu: La infermera de la residència ens explica que presenta tos de 3 setmanes d'evolució tractada amb azitromicina oral i posteriorment levofloxacino sense resposta per la qual cosa ens sol·liciten valoració.

A l'exploració física destaca hipofonesi esquerra basal i edemes mal·leolars lleus.

Es realitza ecografia clínica pulmonar que mostra embassament pleural esquerre i una consolidació pulmonar amb imatge compatible amb abscess. Posteriorment sol·licitem radiografia de tórax que mostra embassament pleural. Analíticament amb PCR 5mg/l, BNP 300 (negatiu per insuficiència cardíaca aguditzada).

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: Diagnòstic diferencial d'infecció respiratòria amb abscess crònic vs procés neoplàstic.

Tractament i plans d'actuació: Donat l'estat de fragilitat avançada de la usuària s'acorda amb la família no procedir a proves diagnòstiques invasives (toracocentesi), i prioritzar benestar clínic i qualitat de vida.

Evolució: Es manté clínicament estable, però en la radiografia de tórax de control mostra augment de l'embassament pleural ara bilateral.

Conclusions: En usuaris fràgils de l'àmbit residencial, l'ecografia pulmonar és molt resolutiva com a eina diagnòstica i de seguiment.

ROSA CABALLOL ÀNGELATS
CECÍLIA PINO MATEOS
ANNA PANISELLO TAFALLA
ELISABET MARTÍ SOLÉ
CLAUDIA MARTÍN MONCLÚS
ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS

Contacte:
rcaballol.ebre.ics@gencat.cat

Número de registre:
IICECOAP_10273

Comunicació:
PÒSTER

Una Ecomirada al Coll

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Tumoració a regió laterocervical esquerra.

Història clínica

Home de 50 anys d'edat que acudeix a la consulta d'atenció primària per aparició d'una tumoració a la zona lateral cervical esquerra de 7 dies d'evolució, sense cap altra simptomatologia acompanyant. Sense antecedents personals coneguts, ni hàbits tòxics.

Enfocament individual:

- Àmbit del cas: Atenció Primària.
- Motius de consulta: Tumoració a regió laterocervical esquerra.

Es palpa una tumoració subcutània, a regió laterocervical esquerra, llisa, rodona.

Proves complementàries: Ecografia clínica de tumoració laterocervical esquerra: a nivell III, es visualitza imatge anecoica, ovalada, amb banda hiperecòica a la paret inferior (o posterior), ben delimitada, de 2,6x 1,17cm en tall transversal i 2,5x0,8 en tall longitudinal (wider than taller) adjacent de forma lateral i caudal a la glàndula submaxil·lar esquerra i medial a l'artèria caròtida esquerra a nivell de bifurcació Capta Doppler a la perifèria. Conclusió: Lesió quística complexa submaxil·lar esquerra (relació amb glàndula submaxil·lar? altres?) Es deriva a radiologia per ecografia+PAAF: atípia (cèl·lules escamoses atípiques; veure comentari). Comentaris: El diagnòstic diferencial es planteja entre un carcinoma escamós ben diferenciat i un quist branquial. A causa de la presència d'atípia es considera imprescindible estudi biòptic.

Biòpsia excisional: Massa quística esquerra, metàstasi ganglionar de carcinoma escamós moderadament diferenciat.

PET-TAC: S'identifica captació d'amígdala palatina esquerra suggestiva de lesió primària.

Judici clínic: Metàstasi ganglionar de carcinoma escamós d'amígdala palatina.

Tractament: Buidatge ganglionar i amigdalectomia. Radioteràpia.

Evolució: En remissió actualment.

Conclusions: La valoració ràpida mitjançant una ecografia clínica, va permetre agilitzar tot el procés diagnòstic.