BUTLLETÍ
de l'Atenció Primària de Catalunya

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Open Acces creative commons

És resolutiva la realització de crioteràpia en l'Atenció Primària?

Ramon Calvera Bruballa
Teresa Garzón Garzón
Raquel Burón Leandro
Montserrat Baixauli Hernández
Joaquín Martínez Ruescas
Míriam Mulero Collantes

Contacte:
tgarzon.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5375

Justificació: Valorar la idoneïtat de l'activitat de crioteràpia en l'equip d'Atenció Primària.

Objectius:
1) Millorar la qualitat assistencial dels usuaris que presenten lesions dermatològiques tributàries de ser tractades amb crioteràpia en l'Atenció Primària.
2) Millorar la qualitat i el nombre de les derivacions al servei de dermatologia.
3) Millorar l'accessibilitat de la consulta de dermatologia.

Metodologia: Es realitza un estudi qualitatiu sobre l'activitat d'aquesta consulta durant els anys 2017 i 2018.
1) Consensuar motius i organitzar la derivació al servei de crioteràpia.
2) Definir les funcions del metge que fa crioteràpia: a) confirmar si es la tècnica més adient; b) sol·licitar el consentiment informat, i c) explicar la tècnica i les cures de la lesió un cop finalitzada.
3) Funcions GIS: a) recordatori a l'usuari de la data programada (trucada telefònica o SMS), i b) control de registre de l'activitat realitzada.
4) Indicadors avaluats: a) nombre de derivacions dins dels criteris consensuats; b) augment del nombre de derivacions, i c) disminució de l'absentisme de l'usuari.

Resultats: (Comparem dades 2017 i 2018)
a) 2017: 415 derivacions. 15% absentisme; 80% resolts a l'Atenció Primària; 6% derivats a dermatologia. 2018: 504 derivacions (21% més). 13% absentisme; 84% resolts a l'Atenció Primària; 3% derivats a dermatologia.
b) Motius més freqüents, 2017: Fibroma pendular, 87 (21%); berruga vulgar, 83 (20%); queratosi seborreica: 76 (18,3%); 2018: Fibroma pendular, 83 (16,5%); berruga vulgar: 67 (13,29%); queratosi seborreica: 169 (33,5%).

Conclusions: Millorar la formació dels metges de família per fer una derivació correcta. Millorar la qualitat resolutiva en aquestes patologies. Millorar la coordinació mitjançant l'homogeneïtzació de pautes de tractaments. Menor derivació presencial a l'atenció especialitzada, a causa de la major resolució a l'Atenció Primària, amb l'optimització conseqüent de recursos a l'especialitzada. Disminució de l'absentisme de l'usuari per a la realització d'aquesta tècnica.

Les visites no presencials són necessàries per a la gestió de l'activitat assistencial de l'equip d'Atenció Primària

Miriam Mulero Collantes
Anna Guinart Riba
Teresa Garzón Garzón
Rocío Delgado Borrego
Raquel Burón Leandro
David Areste Casares

Contacte:
tgarzon.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5385

Les visites no presencials (VNP) són les visites administratives o assistencials que es realitzen sense que el pacient es desplaci al centre de salut. Les origina el pacient o el personal sanitari o administratiu fent servir el telèfon o el correu electrònic (e-consulta) com a canal de comunicació. Aquesta virtualització suposa un canvi, no només tècnic sinó també conceptual, que pot tenir un espai a les nostres consultes.

Objectiu: Analitzar el volum de VNP realitzat a les consultes del metges de família durant un any al centre.

Disseny: Estudi descriptiu observacional transversal.

Mesures: Edat, sexe, tipus de VNP, motiu de la consulta i grau de resolució.

Resultats: En un any es van fer 32.407 VNP. Per sexe: 19.750 a dones (61%) i 12.648 a homes (39%). Per edat: A <65 anys, 14.745 (45,49%); a > 65anys: 17.662 (54,50%). Per tipus de VNP: Telefònica, 5.190 (16%); e-consulta, 10.029 (31%); visites virtuals (generades pel professional sanitari o administratiu): 17.188 (53%). Per motiu de la consulta: e-consulta, 756 (2,33%); gestió de tecnologies de la informació, 1.022 (3,15%); pla de medicació, 7.075 (21,83%); informes clínics: 1.531 (4,72%), tractament anticoagulant oral (TAO): 1.690 (5,22%); gestió de transport sanitari: 105 (0,32%); resultats de proves: 5.357 (16,53%); analítiques: 843(15,7%); altres proves (CNM, espirometries, radiografies, electrocardiograma): 4.436 (84,26%); altres motius: 12.200 (37,64%); revisió de la història clínica: 2.571 (7,9%); consultes urgents: 88 (0,27%). Per resolució: Sí, 31.213 (96,31%); no, 1.194 (3,68%).

Conclusions:
1) Perfil que ha generat més VNP: Dones majors de 65 anys.
2) VNP més freqüents: Resultats de proves i tràmits administratius.
3) A nivell administratiu, la gestió de la medicació és la VNP més freqüent.
4) A nivell assistencial, una part important dels resultats es gestionen amb VNP.
5) Un nombre molt alt de les VNP es resolen en el moment de la seva gestió.

Open Acces creative commons

Pilar Beatriz Souto
Marta Sarró
Estrella Rodero
Glòria Padrós
Assumpta Ferrer
Oriol Cunillera

Contacte:
aferrer.cp.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5387

Mujer, albuminemia e insuficiencia cardiaca. Factores predictivos de mortalidad en octogenarios a los 10 años de seguimiento

Objetivo: Explorar factores predictivos de mortalidad, de valoración geriátrica y análisis de laboratorio en octogenarios de Atención Primaria (AP). Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de una cohorte de personas de 85 años asignadas a siete centros de Atención Primaria a los 10 años de seguimiento. Inicialmente se recogieron datos sociodemográficos, variables geriátricas habituales y de comorbilidad y datos de laboratorio (hemograma y bioquímica). Se realizó un análisis bivariante de las distintas variables respecto a la mortalidad a 10 años. Se ajustó un modelo de Cox multivariante mediante selección de variables stepwise, según Akaike Information Criteria; se muestran hazard ratio (HR). Resultados: De 328 participantes al inicio, 202 (62%) eran mujeres. El 76,2% (250) había fallecido a los 10 años. El análisis bivariante muestra asociación con mortalidad en: índice de Lawton-Brody (IL) (p = 0,001), índice de Barthel (IB) (p = 0,001), Mini Mental Test (MEC) (p = 0,041), índice de comorbilidad de Charlson (p = 0,001), estado nutricional según Mini Nutritional Assessment Questionnaire (MNA) (p = 0,019), número de fármacos (p = 0,005), diagnóstico de demencia (p = 0,014) e insuficiencia cardíaca (p = 0,019), y linfocitos TCD8 (p = 0,047), colesterol total (p = 0,030), colesterol no HDL (p = 0,008) y albúmina (p = 0,002). En el análisis multivariante persisten como variables significativas: Ser mujer (HR: - 0,66; IC 95%: 0,49-0,90), albúmina (HR: -0,93; IC 95%: 0,89-0,96), índice de Charlson (HR: 1,13; IC 95%: 1,02-1,25) y antecedentes de insuficiencia cardíaca (HR: 1,89; IC 95%: 1,29- 2,79).

Conclusiones: En las personas de la comunidad de 85 años de este estudio destaca la disminución del riesgo de morir en los siguientes 10 años si se es mujer (44%) y por cada unidad de albúmina (7 %), mientras que el riesgo aumenta con insuficiencia cardíaca (89%). Son necesarios más estudios para confirmar estos resultados.

Maria Isabel Alvárez Ibáñez
Sonia Colomé Carulla
Jonathan Cortés García

Contacte:
cortesgarcia.med@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5389

¿Te lo vas a comer?

Dos hermanos mellizos de 9 años, sin antecedentes de interés, consultan ambulatoriamente por la aparición súbita de un exantema macular eritematoso, generalizado y pruriginoso, asociado a hiperemia conjuntival bilateral de menos de media hora de evolución. No informan de fiebre ni de síntomas gastrointestinales o respiratorios asociados. La madre presenta un cuadro similar, pero de menor intensidad. Refieren la ingesta de un bocadillo de atún hace una hora. El atún se encontraba almacenado en la nevera, en una lata, desde hace varios días.

En la exploración destaca un exantema macular eritematoso y pruriginoso, de aparición craneocaudal hasta hacerse generalizado. Respetaba palmas y plantas. Hiperemia conjuntival bilateral no exudativa. Hemodinámicamente se encuentran estables, con saturaciones basales correctas y afebriles. No se requieren de pruebas complementarias.

Orientación diagnóstica: Escombroidosis o intoxicación por histamina.

Diagnóstico diferencial: Urticaria, alergia a anisakis, intoxicación por ciguatera. Ambos pacientes fueron tratados con antihistamínicos orales de segunda generación, con buena respuesta y desaparición de los síntomas en menos de 24 horas desde su aparición.

Conclusión: Cabe remarcar la importancia diagnóstica que tiene la realización de una anamnesis completa y de una exploración física en aquellos casos de aparición de sintomatología compatible con reacción alérgica, ya que en muchas ocasiones se tiende a caer en un error respecto a la inmunopatogenia.

Open Acces creative commons

Cost-efectivitat d'un programa d'atenció col·laborativa per a la depressió major i el dolor musculoesquelètic crònic a l'Atenció Primària

Catarina Tomé-Pires
Eduardo Sánchez-Iriso
Concepció Rambla Vidal
Germán López-Cortacans
Enric Aragonès Benaiges

Contacte:
earagones.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5390

En Atenció Primària, es presenten sovint de forma comòrbida el dolor crònic i la depressió, amb influències bidireccionals en el maneig clínic i en el pronòstic. Un programa per al maneig integrat d'ambdues patologies pot ser una estratègia raonable i cost-efectiva.

Objectiu: Avaluar la relació cost-efectivitat d'aquest programa en comparació amb l'atenció habitual.

Disseny: Anàlisi de cost-efectivitat emmarcat en un assaig clínic controlat aleatoritzat realitzaat a vuit centres d'Atenció Primària de Tarragona. Els pacients estudiats eren adults amb dolor musculoesquelètic crònic i depressió major. La intervenció consisteix en un programa de collaborative care que inclou: 1) el maneig optimitzat de la depressió mitjançant una guia clínica electrònica; 2) un programa psicoeducatiu grupal, i 3) la incorporació d'un nou rol professional (care manager). En la branca de control, els pacients rebien atenció mèdica segons els criteris habituals. Els resultats es van monitoritzar durant 12 mesos. Els resultats primaris van ser les ràtios de cost-efectivitat incremental (ICER), les diferències de mitjanes en els costos dividits pels anys de vida ajustats per la qualitat (AVAQ) i la mitjana de les diferències en els costos dividits pels dies lliures de depressió (DFD). Els resultats es presenten des de la perspectiva del sistema sanitari.

Resultats: Es van incloure en l'anàlisi 122 pacients en el grup d'intervenció i 126 en el grup de control. El cost incremental mitjà del programa en comparació amb l'atenció habitual fou de 98,6 ($p = 0,407$). L'efectivitat incremental fou de 0,002 AVAQ ($p = 0,953$) i 6,87 DFD ($p = 0,716$). Les ICER foren 49.144/AVAQ i 14,4/DFD. Aquestes estimacions i la seva incertesa es representen gràficament en el plànol de cost-efectivitat.

Conclusions: Encara que els costos són modestos, no es constaten uns resultats clínics millors i el programa avaluat no té una relació cost-efectivitat favorable. Això no dona suport a la recomanació per a la seva implementació.

Lluita contra la multiresistència

Roger Codinachs Alsina
Mireia Gallés Muntada
Lucas del Fio Gil

Contacte:
lucadelfio@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5391

Àmbit: Atenció Primària.

Pacient de 44 anys, asimptomàtic, consulta per a l'estudi de tuberculosi per contactes laborals: S'han detectat dos casos de tuberculosi multiresistent.

Història clínica: Pacient sense antecedents personals d'interès. Exploració física general anodina. Prova cutània del derivat proteic purificat (PPD) positiva, de 26 mm. Radiografia de tòrax: Opacitat nodular de 23 mm, amb petites cavitacions al seu interior, al segment apical del lòbul inferior esquerre. Broncoscòpia: Arbres bronquials esquerre i dret permeables. Mucosa d'aspecte inflamatori difús. Escasses secrecions bronquials, s'aspiren. Prova de la tuberculosi per reacció en cadena de la polimerasa (PCR) positiva. Bacil·loscòpia (BK) negativa. Cultiu positiu per a Mycobacterium tuberculosis resistent a rifampicina, isoniacida, etambutol, pirazinamida i etionamida. El pacient va ser ingressat en aïllament respiratori durant 4 mesos i mig als serveis clínics de Barcelona. Estudi familiar (dona i dues filles) negatiu. PPD inicial i a les 12 setmanes negatiu.

Abans del cultiu: Tractament amb pirazinamida, etambutol, protionamida, capreomicina i moxifloxacina. Es va canviar a linezolid, àcid p-aminosalicílic (PAS), cicloserina, capreomicina, moxifloxacina i omeprazol. Posteriorment es va suspendre la capreomicina per insuficiència renal aguda i PAS per toxicitat gastrointestinal. Altres efectes adversos: Tendinopatia per moxifloxacina i anèmia per linezolid, que va necessitar transfusió. El tractament es va iniciar el 12-2-2018 i avui segueixen el tractament i els controls. Bona adherència al tractament. Controls setmanals a l'Atenció Primària i cada 1-2 mesos aproximadament a l'Hospital de la Vall d'Hebron. Els controls consisteixen en analítica general, radiografia de tòrax i esput.

Conclusions: L'estudi de contactes dels malalts de tuberculosi és de vital importància per facilitar el diagnòstic precoç i el tractament oportú, reduir la transmissió en l'àmbit comunitari, reduir els brots epidèmics i implementar les mesures de prevenció i control adequades. En els últims anys hi ha emergència de malalties multiresistents. La multiresistència implica la utilització de fàrmacs amb més toxicitat i efectes adversos, l'allargament del tractament i un augment dels costos. L'ús correcte dels antibiòtics i l'adherència a la medicació són essencials per assolir l'èxit en el tractament.

Open Acces creative commons

Programa de formació continuada en línia. Implementar el model indi *(interventions for depression improvement)* per al maneig de la depressió a l'Atenció Primària

Germán López-Cortacans
Daniel Porta Casteràs
Catarina Tomé-Pires
José Antonio Monreal
Diego Palao Vidal
Enric Aragonès Benaiges

Contacte:
earagones.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5392

Presentem un curs de formació continuada en línia dins de l'estratègia d'implementació del model INDI (interventions for depression improvement; programa per al maneig de la depressió en Atenció Primària avalat per l'evidència científica).

Plantejament general del curs.

Disseny: Permet arribar a tots els professionals implicats. Garanteix temps de dedicació i flexibilitat. Permet llançar noves edicions del curs. Fòrum interactiu que fomenta el sentiment de comunitat. Equip docent multidisciplinar i que compta amb líders d'opinió i amb "parells" (professionals assistencials del mateix nivell que els alumnes), així com docents de prestigi acadèmic i científic. S'organitza en set blocs setmanals amb sèries de quatre o cinc vídeos formatius i un test d'avaluació. Disposa d'un fòrum de discussió on alumnes i docents poden compartir i debatre idees. S'adreça a metges i metgesses de família i a infermers i infermeres assistencials que incorporaran el programa INDI en la seva pràctica assistencial.

Objectius docents: Fonaments, característiques i implicacions dels nous models de collaborative care per la depressió i en particular del model INDI. Habilitats en el procés de la depressió (diagnòstic, tractament, seguiment i maneig del risc suïcida). El paper d'infermeria. Millores en la interfície primària-psiquiatria. Fonaments i continguts d'un programa psicoeducatiu per dotar el pacient de capacitats per manejar-se autònomament amb la depressió. Indicacions sobre la guia informatitzada de la depressió. La primera edició d'aquest curs es va llançar el març-juny de 2018. Es van acreditar 265 professionals (el 56% de la població diana). En general, les valoracions dels alumnes van ser positives: Expectatives, objectius, format en línia, utilitat i aplicabilitat dels coneixements... També hi va haver propostes de millora: Incloure formació presencial, flexibilitat en els temps, aspectes humanístics del maneig de la depressió... Els debats generats en el fòrum van donar resultats interessants per a futures edicions i per perfeccionar el model INDI: Desenvolupament del paper d'infermeria, relació Atenció Primària-salut mental, aplicabilitat de les recomanacions basades en l'evidència...

Finançament: PERIS 2017.

Si la pell parlés

Jonathan Cortés Garcia
Sonia Colomé Carulla

Contacte:
scolome6@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5394

Home de 20 anys d'edat, sense antecedents d'interès coneguts, acut a urgències perquè presenta dolor abdominal còlic d'un dia d'evolució, acompanyat de cinc deposicions diarreiques i nàusees. Refereix aparició de lesions maculars múltiples no pruriginoses a les extremitats inferiors, acompanyades de dolor a les grans articulacions, de 3 dies d'evolució. Tolera la dieta oral. No ha presentat febre. Ningú del seu entorn ha presentat la mateixa simptomatologia. Una setmana abans va presentar un quadre infeccions de vies respiratòries altes, que va cedir amb tractament simptomàtic.

En l'exploració destaquen lesions purpúriques palpables a les extremitats inferiors. La resta de l'exploració és anodina. Es realitza una analítica: S'observa leucocitosi amb limfopènia i lleu elevació del PCR. Coagulació, perfil hepàtic i funció renal sense alteracions. Anitiestreptolisina (ASLO) positiva i serologies per a virus VIH i virus de l'hepatitis C (VHC) negatives. Sediment d'orina amb microhematúria i proteïnúria no significativa. Radiografía de tòrax normal. Hemodinàmicament estable, afebril i amb bones saturacions basals.

Orientació diagnòstica: Púrpura de Schönlein-Henoch (SH).

Diagnòstic diferencial: Vasculitis, reacció a fàrmacs, neoplàsies i paraneoplàsies, infeccions, malalties autoinmunes sistèmiques. El pacient acaba hospitalitzat per l'evolució. Durant aquest temps, continua presentant deposicions diarreiques, amb sang fresca i dolor abdominal intermitent controlat amb analgèsia convencional. Es realitza una tomografia axial computada (TAC) abdominal que és anodina. A les 48 hores presenta un augment de les lesions cutànies amb una biòpsia cutània que confirma vasculitis amb dipòsit d'immunoglobulina A (IgA). S'inicia tractament amb corticoteràpia oral. Desapareix tota la simptomatologia esmentada i presenta bona evolució clínica.

Conclusió: La púrpura d'SH es una etiologia que apareix a l'edat de 5-15 anys. No és freqüent veure'n a la consulta de medicina de família. Caldria remarcar la importància inicial de la palpabilitat de qualsevol púrpura per sospitar d'una vasculitis, el rang d'edat i el seu maneig hospitalari.

Open Acces creative commons

Recurrència d'esdeveniments vasculars en una cohort poblacional després de 9 anys de seguiment

Marta Valverde Peris
Pere Toran Monserrat
Guillem Pera Blanco
Rosa Forés Raurell
Marina Escofet Peris
Maria Teresa Alzamora Sas

Contacte:
rfores.bnm.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5396

Objectiu: Valorar la relació entre el primer i els successius esdeveniments coronaris i cerebrals en una cohort poblacional després de 9 anys de seguiment, i la relació amb l'arteriopatia perifèrica.

Material i mètodes: Estudi de cohorts poblacional, prospectiu en subjectes majors de 49 anys, adscrits a vint-i-quatre centres d'Atenció Primària. Es reclutaren 3.786 individus mitjançant mostreig aleatoritzat simple entre el 2006 i el 2008. S'efectuà un índex turmell-braç (ITB). Es va fer seguiment periòdic fins al febrer del 2017, mitjançant trucada telefònica semestral per detectar l'aparició d esdeveniments cardiovasculars. Es confirmà amb revisió d'història clínica d'Atenció Primària (e-CAP), hospitalària i del servei d'informació per a la investigació en Atenció Primària (SIDIAP), per evitar la pèrdua d'esdeveniments. Esdeveniments vasculars: Infart de miocardi, angina de pit, ictus, atac isquèmic transitori, aneurisme simptomàtic de l'aorta abdominal, cirurgia vascular (coronària, intracranial i extracranial) i mortalitat vascular i no vascular.

Resultats: Avaluació de 558 pacients amb esdeveniments prevalents en el moment del reclutament. S'observaren més homes, fumadors, hipertensos i dislipèmics que en el grup sense esdeveniments prevalents. El 66% dels pacients no van presentar recurrència i, si n'hi havia, era més probable que fos de la mateixa categoria. Avaluació també de la recurrència d'esdeveniments incidents en pacients amb arteriopatia perifèrica (340 individus). El 58% no va presentar recurrències. Un 25% dels esdeveniments recurrents eren en el mateix territori que el primari. La recurrència d'esdeveniments vasculars, independentment de l'etiologia, fou major en el grup amb arteriopatia perifèrica (42%) que en els sans (31%).El risc de recurrència d'esdeveniments cerebrovasculars en pacients amb arteriopatia perifèrica respecte als sans fou de 1,77, tot i que sense significació estadística, possiblement pel poc nombre de casos.

Conclusions: No hi ha diferències en la incidència de recurrència de malaltia coronària entre el grup d'arteriopatia perifèrica i els pacients sans. La presència d'arteriopatia perifèrica augmenta el risc de recurrència dels esdeveniments cerebrovasculars en un 20%, aproximadament.

Estudio del uso de técnicas de anticipación y max-packing en la mejora de la accesibilidad

Montserrat Verdú Arnal
Raquel Ródenas Galbis
Roberto Mourelle Varela
Anna Monserrat Carceller
Marta González Medina
Helena Cruz Velázquez

Contacte:
r.mourelle@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5398

Valorar la mejora de la accesibilidad tras implementar un proyecto de mejora de un proceso (autogestión de agenda mediante técnicas de max-packing).

Comparar el tiempo de demora con el resto de las unidades básicas de atención (UBA) del mismo centro de Atención Primaria.

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo comparativo de mejora de la accesibilidad tras la aplicación de mejoras en un proceso de autogestión en consulta (max-packing) durante 3 meses. Se considera como accesibilidad objetivo la marcada como indicador por el Institut Catalá de la Salut en su cartera de servicios. Se analizará la variable tiempo de demora real, número de días necesarios para el contacto presencial con el médico en la UBA objeto de intervención y en UBA sin intervención, número de días necesarios para contacto corregidos por días con agenda cerrada y su relación estadística con el número de citas previas (9C) y consultas no presenciales (9E).

Se logró una accesibilidad menor a 48 horas en UBA con intervención (UBAi) tras 2 meses y 17 días. Tras 3 meses de intervención, el tiempo de demora en UBAi era 0 (citas en el mismo día). En UBA sin intervención (UBAx), el tiempo medio de demora para conseguir cita presencial era de 15 días (Me y Mo=17 y SD=7,43). Se aprecia una relación directa estadísticamente significativa entre el número de consultas 9E y el número total de visitas, y una disminución del tiempo de demora, y una relación inversa entre la visita 9C y la reducción de la demora.

La intervención sobre la propia agenda con técnicas de anticipación y max-packing puede traducirse, rompiendo con algunas ideas preconcebidas, en una mejora de la accesibilidad y de la gestión de la propia agenda. Paralelamente, al aumentar la disponibilidad de visitas 9C en el día se asocia a una mejoría de la atención a la demanda aguda, lo que facilita la longitudinalidad porque la patología aguda puede ser atendida por médico de referencia. Es necesaria la reevaluación continua de la actividad en consulta.

Open Acces creative commons

Fractura d'estrès

Núria Mengual Miralles
Isabel Buenzo Reina
Marina Alventosa i Zaidin

Contacte:
malvenza83@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5401

Motiu consulta: Dolor al peu.

Història clínica: Antecedents personals: Pràctica esportiva (curses de 21 km). Anamnesi: Dona de 39 anys amb dolor a la zona dorsolateral i al peu esquerra, de 4 setmanes, després de reiniciar la pràctica esportiva habitual (running) després de vacances. Nega entorsi i traumatismes. Radiografia de fa 2 setmanes: Anodina. Exploració física: Deambula amb dificultats; eritema dorsolateral al peu esquerra; sense dolor al lligament extern ni als mal·lèols, i dolor a la palpació dels metatarsians 3r i 4t. Proves complementàries: Es realitza una nova radiografia, que mostra esclerosi, disminució de cortical i call ossi al 4t metatarsià. Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes. Les fractures d'estrès són comuns en les persones que realitzen pràctiques esportives. La incidència en la població general és de l'1% i en els atletes del 13-53%. Principalment es produeixen en el metatars, la tíbia i el fèmur. Etiologia: Desequilibri entre la reabsorció i la formació òssia. Els augments bruscos de la duració, intensitat i freqüència de l'activitat física sense el repòs adequat produeixen canvis patològics en l'estructura òssia que poden desencadenar aquestes lesions. Factors de risc: Antecedents de fractura d'estrès, augment sobtat de la duració, freqüència o intensitat de la pràctica esportiva, gènere femení i osteoporosi. La clínica principal és el dolor en la deambulació. Exploracions complementàries: Com a primera elecció, la radiografia, per accessibilitat, sensibilitat inicial <10% i a partir de la tercera setmana d'inici clínica el 70%; i la ressonància magnètica per la seva elevada sensibilitat i especificitat (per realitzar, si és necessari, el diagnòstic urgent). Diagnòstic diferencial: Metatarsians (fascitis plantar, neurinoma de Morton), tíbia (osteosarcoma, sarcoma d'Ewing), fèmur (fractura patològica o ruptura fibril·lar del recte anterior). Tractament: Precoç, per reduir el termini de recuperació. Cal analgèsia i evitar les activitats que produeixin dolor. Cal derivar a traumatologia en cas de fractura patològica o recidivant.

Evolució: Als 10 dies sense dolor s'ha d'iniciar l'activitat esportiva a baixa intensitat i augmentar-ne la freqüència, duració i intensitat progressivament.

Conclusions: El running ha augmentat exponencialment, sense els controls cardiovasculars i osteomusculars adequats. L'educació des de l'Atenció Primària és clau per afavorir pràctiques esportives saludables, adaptades a les necessitats individuals.

Millora de la comunicació interna al nostre equip. Experiència de 7 anys

Francisco Martos Molines
Jennifer Gutiérrez López
Isabel Condomines Feliu

Contacte:
icondomines.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5403

Objectius de l'experiència: Millorar la comunicació interna de l'equip.

Descripció: L'any 2012 vam constituir l'Equip de Millora de Comunicació Interna, integrat per un membre de cada estament de l'equip d'Atenció Primària. Utilitzem una metodologia de funcionament sistemàtica, amb objectius definits, avaluació anual i accions de millora. Treballem fonamentalment els aspectes següents: Oficina virtual (OV): L'hem estructurada perquè contingui gran part de la informació que necessitem: Circuits, protocols, plannings, l'agenda, documents i enllaços dinterès, llistat de guàrdies... Tots aquests elements es revisen i renoven sistemàticament. Això permet disposar d'informació centralitzada, amb la garantia que s'actualitza i que és accessible des de qualsevol ordinador o telèfon mòbil. Reunions organitzatives de l'equip i els estaments: Per millorar-ne l'eficiència, s'ha sistematitzat la redacció d'una ordre del dia i d'una acta. Es pengen a l'oficina virtual per deixar constància dels acords i que els membres de l'equip que no hagin pogut assistir-hi tinguin accés a la informació. Des del 2012 s'han realitzat les següents actes: 44 d'equip, 73 de medicina de família, 88 d'infermeria, 41 de gestió i serveis i 15 de pediatria. Taulers: Organitzats segons la seva temàtica. Cada tauler té assignat un responsable del seu manteniment. Correu corporatiu: Hem configurat grups de correu (equip, estaments, equips de millora) que faciliten la difusió a col·lectius de professionals. Ens encarreguem d'actualitzar-los quan hi ha canvis. Per potenciar-ne l'ús adequat hem elaborat i difós un decàleg per al bon ús del correu electrònic, que està penjat a l'oficina virtual. Xat intern: Implantat l'any 2019, ens serveix per a la comunicació interna espontània.

Conclusions: Durant els últims 7 anys hem implantat i actualitzat sistemàticament eines importants per a la comunicació interna. L'actualització és imprescindible perquè les eines siguin útils.

Aplicabilitat: Treballem en un entorn laboral amb una gran quantitat d'informació i on els canvis són cada vegada més ràpids. Calen eines per a la comunicació interna centralitzades i sistemàticament actualitzades.

Open Acces creative commons

Xavier Pujol Olivares

Contacte:
xpujol.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5407

Desproveïment d'amiodarona i aparició d'una síndrome de brugada

Es disposa de l'autorització de la pacient per a l'ús de les seves dades clíniques.

Àmbit del cas: Atenció Primària

Motiu de consulta: El seguiment del tractament amb amiodarona és problemàtic perquè a la farmàcia hi ha un desproveïment del fàrmac.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Hipertensió arterial (enalapril 20 mg/dia) i dislipèmia mixta; des de fa 2 anys, en tractament amb Trangorex® 300 mg (amiodarona)/12 h per un flutter auricular. Anamnesi: Dona de 67 anys consulta perquè té problemes per seguir el tractament amb amiodarona: A la farmàcia hi ha desproveïment del fàrmac. Prèvia consulta amb el cardiòleg de zona, es decideix substituir Trangorex® 300 mg/12 h per Apocard® 100 mg (flecaïnida)/8 h. Exploració: Asimptomàtica. Proves complementàries: A l'electrocardiograma de control s'observa una elevació de l'ST a precordials dretes (aV1-aV2). Enfocament familiar i comunitari: Classe social mitjana, bon suport social. Judici clínic: Síndrome de Brugada amb patró de tipus I. Diagnòstic diferencial: Infart agut de miocardi, repolarització precoç, pericarditis aguda, hiperpotassèmia. Identificació de problemes: El professional es veu obligat a prendre una decisió compromesa amb alternatives menys adeqüades o amb menor experiència d'ús. Tractament i plans d'actuació: Es decideix retirar la flecaïnida i completar l'estudi a cardiologia.

Evolució: L'electrocardiograma realitzat 1 mes després de retirar el tractament mostra ritme sinusal i ecocardiograma de control normal.

Conclusions: Els desproveïments de fàrmacs han anat augmentant al nostre país en els darrers anys. Actualment és un problema de salut amb una gran repercussió a tots els nivells: Per al professional (com hem assenyalat), per als pacients (suposa temps i genera ansietat i frustració) i, com no, per a tot el sistema sanitari, per al qual implica un increment de la despesa.

Xavier Pujol Olivares

Contacte:
xpujol.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5410

Pseudoxantoma elàstic

Es disposa de l'autorització de la pacient per l'ús de les seves dades clíniques.

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Consulta per raons estètiques per una lesió cutània al coll.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Exèresi d'un quist pilonidal fistulitzat i d'un nevus melanocític compost fa 1 any. Anamnesi: Presenta una lesió asimptomàtica, no pruriginosa, al coll, des de fa 6 mesos. Exploració: Es tracta d'una lesió de petites pàpul·les groguenques de consistència laxa; progressivament conflueixen fins a formar una placa groguenca d'aspecte de pell de gallina, o de taronja, d'aproximadament 4 x 5 cm. Proves complementàries: Analítica normal. Enfocament familiar i comunitari: Classe social mitjana, bon suport social. Judici clínic: Inicialment s'orienta com una dermatitis atòpica. Diagnòstic diferencial: Dermatosis inflamatòries (dermatitis atòpica, psoriasi, dermatitis seborreica, urticària). Identificació de problemes: Convé saber reorientar el diagnòstic perquè hi ha mala resposta al tractament inicial. Tractament i plans d'actuació: Es pauta tractament amb corticoides tòpics durant 15 dies, sense millora clínica. Posteriorment es remet a la consulta de dermatologia, on es biopsia la lesió i es diagnostica un pseudoxantoma elàstic. No existeix cap tractament curatiu. És convenient realitzar revisions oftalmològiques i cardiològiques periòdiques per tractar les complicacions que puguin aparèixer en els estadis inicials.

Evolució: Fins al moment no presenta cap complicació i segueix controls anuals a cardiologia i oftalmologia.

Conclusions: El pseudoxantoma elàstic és una malaltia sistèmica hereditària que afecta fonamentalment a la pell, la retina i el sistema cardiovascular. Les manifestacions més greus són la claudicació intermitent, cardiopatia isquèmica, malaltia cerebrovascular i disminució de l'agudesa visual a causa d'hemorràgia macular. Es tracta d'una entitat que habitualment no se sospita: L'interès del cas rau, precisament, en què el diagnòstic precoç ajuda a prevenir les futures complicacions que es puguin desenvolupar.

Open Acces creative commons

Dolor i inquietud

Núria Mengual Miralles
Celsa Rodríguez Álvarez
Marina Alventosa i Zaidin

Contacte:
malvenza83@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5414

Motiu de la consulta: Mal control del dolor i inquietud.

Història clínica: Antecedents personals: Hiprtenció arterial, gonartrosi en tractament (pegat de fentanil transdèrmic, 50 mcg/72 h). Anamnesi: Dona de 65 anys intervinguda fa 5 dies d artroplàstia total del genoll dret. Alta a les 48 hores sense incidències, amb pauta analgèsica (paracetamol i nolotil). Durant les darreres 24 hores presenta artràlgia, diaforesi, inquietud i insomni. Abans d'augmentar la pauta analgèsica es revisa l'adherència a la medicació i la pacient explica que fa 48 h s'ha retirat el pegat de fentanil. Exploració física: Tensió arterial de 153/101 mmHg i freqüència cardíaca de ppm, afebril. Deambula amb dificultats, secundàries a gonalgia dreta. Diaforesi generalitzada i tremolor lleu d'ambdues mans. Exploració cardiorespiratòria i neurològica sense alteracions. Proves complementàries. Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes. El síndrome d'abstinència és el conjunt de símptomes físics i orgànics que apareixen en suspendre sobradament la medicació. Etiologia: Retirada sobtada d'opiodes d'ús crònic. Hi ha tres fases clíniques: Inicial: Rinorrea, epífora, ansietat i sudoració. Mitja: Midriasi, piloerecció, mialgies, artràlgies, diaforesi, taquicàrdia, hipertensió, tremolor, irritabilitat, anorèxia i insomni. Tardana: Parestèsies, febre, dolor abdominal còlic, nàusees, diarrea i hiperglucèmia. Exploracions complementàries: Si presenta alteracions a l'exploració física, cal valorar la realització d'un electrocardiograma per descartar l'allargament del QT i taquiarrítmies, hemograma, ionograma, creatina-cinasa (CPK) i tòxics en orina. Diagnòstic diferencial: Trastorn d'ansietat, efectes secundaris d'altres fàrmacs, prescripció inadequada per al control del dolor.

Tractament/evolució: Introducció del fentanil de 50 mcg i Sevredol® de 20 mg les primeres 12 hores (període de latència del fentanil), amb bon control del dolor i desaparició de la inquietud i la diaforesi a les 24 hores.

Conclusions: El consum d'opioides per al tractament del dolor ha augmentat exponencialment. Els pacients han de saber que la retirada ha de ser gradual i hem de conèixer els possibles efectes associats a la dependència per evitar que la càrrega terapèutica augmenti amb nous fàrmacs.

Parasitosis en la playa

Oriol Manuel Romero
Miguel José Lares Tíbola

Contacte:
mjlares@cst.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5416

Mujer de 24 años de edad, con antecedentes de asma bronquial en tratamiento broncodilatador. Acude por presentar lesión en el pie derecho, eritematosa y pruriginosa, de 1 semana de evolución. Refiere tratamiento tópico con Elocom®, sin mejoría clínica, por antecedente previo de dishidrosis. Asimismo, refiere como antecedente epidemiológico elhecho de haber caminado en la playa en los días previos.

Exploración física: Lesión papuloeritematosa, serpiginosa, bien delimitada, en la base del 5o metatarsiano, con trayecto ascendente en región dorsal lateral del pie derecho, no descamativa.

Diagnóstico diferencial: Larva migrans cutánea, dermatitis alérgica de contacto, sarna, miasis, dermografismo, micosis cutánea, otras parasitosis. Orientación diagnóstica y tratamiento. Larva migrans cutánea. Tratamiento empírico con albendazol 400 mg/12 h, 3 días.

Discusión del caso: Parasitosis prevalente de países tropicales y subtropicales, causada por diversos helmintos. Entre ellos, el más frecuente es el Ancylostoma braziliense, cuyo hábitat definitivo es el intestino de animales domésticos. Los huevos son eliminados con las heces y sobreviven en ambientes húmedos y cálidos. Adquirien capacidad infectante, penetran la superficie cutánea por contacto directo con los suelos contaminados. El ser humano es un huésped intermediario. Principalmente, su diagnóstico es clínico. En alguna ocasión se encuentra inmunoglobulina E elevada y eosinofilia. Es muy difícil su aislamiento en biopsia. El tratamiento es albendazol 3-7 días o tiabendazol 10%, tópico.

Open Acces creative commons

Mirant pel retrovisor. El xarampió com a responsable d'una febre sense focus en ple segle XXI

Maria Carrillo Camps
Elena Soriano Suárez
Elisabeth Güell Figa
Pedro Aparicio Ruiz de Castañeda

Contacte:
pedroaparicio@comg.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5422

Àmbit: Dispensari rural d'Atenció Primària.

Motiu de consulta: Febre sense focus en una persona en contacte amb col·lectius en risc d'exclusió social.

Historia clínica: Dona de 43 anys, treballadora social, sense antecedents d'interès. Assegurava una cobertura vacunal correcta en la seva infància, però no en constaven registres. Acut per persistència d'un quadre febril resistent als antitèrmics . No refereix cap contacte amb cap persona amb febre al seu àmbit laboral ni familiar. Explicava un cas d'escarlatina a l'escola de la seva filla. Febre superior a 39,5 ºC, d'instauració sobtada, amb astènia i sense cap focus infecciós. L'exploració i les proves ambulatòries (estreptotest i tira d'orina) eren negatives; s'orienta el quadre com a víric. Posteriorment va visitar el servei d'urgències de l'hospital de referència, se li va prescriure una cobertura antibiòtica d'ampli espectre. L'endemà va fer una erupció cutània exantematosa, de predomini facial: Va reconsultar i li van canviar l'antibiòtic i li van administrar antihistamínics i cortisona. Posteriorment, la febre va millorar i l'exantema va començar a desplaçar-se cap a membres inferiors. Això va fer pensar en característiques morbil·liformes. La mare de la pacient assegurava una vacunació correcta, però no constaven registres. Es va recomanar aïllament domiciliari i es va demanar serologia de xarampió: Va mostrar nivells d'immunoglobulina M (IgM) molt superiors a la normalitat i negatius d'IgG. La pacient va evolucionar favorablement i va desaparéixer completament la febre i l'exantema als 10 dies. No es va trobar el cas índex ni es va registrar cap altre cas en el seu entorn.

Conclusions: Tot i una correcta vacunació determinades professions i rangs de edat poden ser susceptibles a malalties suposadament eradicades. La presencia de signes clínics poc habituals poden ser crucials per a un diagnòstic precoç i evitar la seva dispersió.

Exploració dels factors més rellevants de la vivència de la malaltia en el pacient amb fibromiàlgia. El malalt opina. Estudi qualitatiu FMGI

Marta Zwart Salmerón
Leticia Troyano Moreno
Maria Àngels Sieira Ribot
Giovanna Pardini Gispert
Ramon Gómez Ros
Maria Benejam Fernández

Contacte:
mariabenejam@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5424

Objectiu: No es coneixen en detall els factors que poden influir en la fibromiàlgia. L'objectiu és explorar els factors que els malalts expressen com a més determinants.

Pacients i mètodes: Disseny: Estudi qualitatiu fenomenològic exploratori descriptiu. Lloc estudi: Centre d'Atenció Primària urbà. Criteris de selecció: Mostreig d'opinions de conveniència de nou usuaris participants en sessions de teràpia cognitivoconductual de l'activitat grupal de fibromiàlgia. Recollida d'informació: Tècnica observacional amb un investigador que participa en nou sessions. Transcripció de cites aproximades i textuals. Estratègia d'anàlisi: Anàlisi del contingut de les cites, fragmentació, codificació del discurs, categorització de codis amb significat idèntic a través de la triangulació (contrast) de l'equip investigador i identificació d'una categoria integradora superior. Limitacions: Els aspectes laborals sorgeixen com a importants per als pacients i és coneguda la seva influència en aquesta patologia. La previsió de sessions grupals no ha permès dedicar-li prou temps. Aspectes ètics i legals: Se signa un consentiment informat. No hi ha conflicte d'interessos.

Resultats: S'han identificat 3 categories superiors: Limitacions, motivacions i estratègies. Entre les limitacions destaquen: Dolor, trastorn cognitiu i depressió; limitacions seguides de fatiga, son no reparador, ansietat i dubtes en el diagnòstic. Sorprèn la incredulitat en el diagnòstic manifestat pels pacients, que d'altra banda, estan determinats a afrontar la malaltia. La motivació externa és sobretot familiar i és més important que la interna. L'aïllament, l'aparença de normalitat i la pràctica d'activitat física són les estratègies d'afrontament més utilitzades. També apareix la passivitat.

Conclusions: Els factors que els malalts expressen com a més determinants són limitacions derivades dels símptomes de la malaltia, sobretot dolor, trastorn cognitiu i depressió. La família és un motiu recurrent com a motor de l'activitat quotidiana. Els pacients s'aïllen i aparenten normalitat en les relacions. Conèixer els factors que més els preocupen es una base per redissenyar activitats grupals de fibromiàlgia, amb uns objectius de sessió compartits i prioritzats pels pacients.

Open Acces creative commons

Estudi de la marxa nòrdica

Núria Fluvià Fajula
Laura Taberner Pinsach
Mónica Mestres Massa
Margarita Puigvert Vilalta
Cristina Borràs Ferré
Ángela Cervera Sánchez

Contacte:
angela_cervera11@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5427

L'objectiu de la següent experiència és la participació comunitària per a la promoció de l'envelliment actiu, mitjançant un programa estructurat de marxa nòrdica sota supervisió professional especialitzada. És promoguda per un centre d'Atenció Primària.

L'experiència ha consistit a motivar pacients majors de 75 anys perquè participin en un programa estructurat de 12 sessions de marxa nòrdica. S'hi valoren paràmetres clínics (comorbiditats, dolor), analítics (control de factors de risc cardiovascular), capacitat funcional (equilibri, força muscular) i farmacològics (nombre de fàrmacs, analgèsia).

Les conclusions de l'experiència són que la participació de la població en aquests programes té una repercussió positiva en els següents aspectes:

Clínics, com ara la disminució de la pressió arterial diastòlica, un millor control del dolor i una reducció de l'ús de fàrmacs analgèsics.

Analítics, com la disminució dels nivells de glicèmia i hemoglobina glicosilada en pacients diabètics i l'assoliment d'un perfil lipídic millor: Reducció dels nivells de lipoproteïnes de baixa densitat i del colesterol total i augment de les d'alta densitat.

Funcionals: Millora de l'equilibri i de la força.

Com a punt negatiu, cal tenir en compte les limitacions a l'hora d'extrapolar els resultats, perquè la mostra era petita.

L'aplicabilitat del programa és bona, per l'adequació de la marxa nòrdica als pacients d'edat avançada i perquè és una intervenció econòmicament factible pel seu baix cost. Per altra banda, cal el compromís d'assistència dels participants per garantir que s'obté el màxim benefici.

Importància de l'actuació i de la coordinació davant d'un símptoma

Anna Pagès Cónsul
David de la Rica Escuin
Montserrat Coma Gassó

Contacte:
comagasso@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5429

Àmbit del cas: Consulta de símptoma a l'Atenció Primària en l'àmbit rural.

Motiu de consulta: Dona de 61 anys consulta per tos ocasional, escassament productiva, de més de 4 setmanes d'evolució , sense febre termometrada ni síndrome constitucional acompanyant.

Antecedents: Sense hàbits tòxics, hipertensió arterial en tractament, histerectomia fa 15 anys per carcinoma uterí. Treballa en una tintoreria.

Exploració física: Temperatura de 36,5 ºC, freqüència cardíaca de 69 ppm i $SatO_2$ del 98%.

Auscultació cardíaca: Tons rítmics, sense bufs.

Auscultació respiratòria: Hipofonesi a la base pulmonar dreta; a la resta de camps pulmonars no hi ha sorolls sobreafegits.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Davant d'un cas de tos crònica (més de 3 setmanes) sense cap causa evident se sol·licita radiografia de tòrax urgent, derivat proteic purificat (PPD) i espirometria amb prova de broncodilatació. El primer resultat de què disposem és el radiològic: S'evidencia una imatge suggestiva de vessament pleural dret. Causes més freqüents de vessament pleural: Insuficiència cardíaca congestiva (ICC), pneumònia, tuberculosi,neoplàsia, tromboembolisme pulmonar. La pacient no presenta febre, esput purulent, símptomes o signes d'ICC, ni síndrome constitucional.

Pla d'actuació i evolució: Es deriva la pacient a unitat de diagnòstic ràpid . La pacient ingressa per a estudi. Es practica una tomografia axial computada (TAC) toràcica, hi destaca un vessament pleural parcialment encapsulat, pulmonar dret. TAC amb contrast: Massa heterogènia pleura visceral dreta amb zones hipercaptants, compatible amb un tumor fibrós. Espirometria: FVC 79%, FEV1 77%. PPD negatiu. Biòpsia pulmonar del lòbul inferior dret: Tumor fibrós solitari. Perfil immunohistoquímic STAT6(+), BCL2(+) i CD99(+). Es practica toracotomia, es reseca la massa tumoral amb vores de resecció àmplies; informe intraoperatori de marges lliures d afectació.

Conclusions: Aquest cas permet destacar la importància de la valoració dels símptomes, l'accés ràpid a proves complementàries que facilitin i orientin el diagnòstic des d'Atenció Primària i la coordinació amb el nivell hospitalari mitjançant circuits de diagnòstic ràpid. Disposem de l'autorització del pacient.

Open Acces creative commons

Detecció de l'arteriopatia perifèrica o de la funció pulmonar alterada a la consulta de tabaquisme

Lourdes Rosa Rafael Valdivia
Jaume Poch Enguidanos
Carme Pigem Jutglar
Rosa Maria Manzano Rodríguez
Rosa Juanola Mercader
Sara Dunjo Fabrega

Contacte:
lrafaelv@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5430

Objectiu: Conèixer el percentatge de pacients a qui s'ha detectat una arteriopatia perifèrica o una funció pulmonar alterada a la consulta de tabaquisme del nostre centre l'any 2018.

Descripció de l'experiència: El tabaquisme està relacionat amb el desenvolupament de malalties, com l'arteriopatia perifèrica (AP), alteracions de la funció pulmonar, com la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), i altres. Els pacients que volen deixar de fumar i venen a una consulta especialitzada d'Atenció Primària són candidats a fer detecció precoç d'aquestes malalties. El passat 2018, al nostre centre es va iniciar el tractament del tabaquisme en una consulta especialitzada a la qual els pacients eren derivats pel seu metge. Es va fer una valoració inicial, incloent un índex turmell-braç (ITB) per diagnosticar AP. Per detectar els pacients amb funció pulmonar alterada es va fer un Vitalograph® (mesura manual de l'edat pulmonar i del volum expiratori forçat (VEF). Els pacients que tenien la funció pulmonar alterada o un ITB patològic van continuar un seguiment amb la seva UBA assignada. Els pacients van ser informats abans de la realització de les proves i van expressar verbalment la seva voluntat de participar en l'experiència.

Conclusions: L'any 2018 es van atendre 64 pacients, amb una edat mitja de 51,6 anys. El 48,4% van ser homes i el 51,6% dones. La mitjana del risc cardiovascular va ser de 5,4. La mitjana del test de Fagerström va ser 5,03 (pacients amb dependència moderada). El 53,3% dels pacients tenien valors alterats en el Vitalograph® i un 17,2 % dels pacients patria AP. Cal destacar que un 20,3% del pacients ja tenia el diagnòstic de MPOC quan va venir a la consulta per deixar de fumar.

Aplicabilitat: La detecció precoç de les alteracions pulmonars i de l'AP fa que el pronòstic d'aquest pacients millori, per tant caldria fer una valoració del cost-efectivitat en propers estudis.

Ferida difícil de curar

José Antonio Zarallo Toca
Alba Martínez Satorres
Zulema Martí i Oltra

Contacte:
zuletska@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5443

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Es tracta d'una dona de 88 anys que presenta una ferida a la barbeta de més d'un any d'evolució i que no es cura.

Antecedents patològics: Insuficiència cardíaca congestiva, dislipidèmia, insuficiència renal crònica i hipertensió arterial.

En tractar-se d'una cura, es programa a l'agenda de tècniques i cures, i la veuen diversos infermers.

Després d'un parell de mesos amb les cures, infermeria avisa el metge referent d'aquell dia per valorar el cas.

Amb l'exploració macroscòpica i amb l'ajuda del dermatoscopi, se sospita un possible carcinoma espinocel·lular (CEC) versus un carcinoma basocel·lular (CBC), i es remet la pacient a dermatologia de zona amb caràcter preferent.

La pacient és visitada per dermatologia 1 mes després i mitjançant biòpsia es confirma la sospita diagnòstica: CBC infiltrant.

Es tracta mitjançant extirpació amb marges lliures de carcinoma, amb èxit.

Conclusions: Cal estar a l'aguait davant d'una ferida que no es cura en els pacients immunodeprimits i en els immunocompetents. És un cas molt rellevant perquè reflecteix la importància del seguiment longitudinal per part dels professionals, tant d'infermeria com metges i metgesses, i de la comunicació entre ells per tal afavorir el bé del pacient i poder arribar a un diagnòstic al més aviat possible. És necessària la implicació de tots els professionals, però sobretot dels metges de família i de comunitat, per fer servir el dermatoscopi i reconèixer les troballes bàsiques que permet, per remetre al dermatòleg de referència amb la preferència adequada. Tanmateix, tots els professionals hem d'incidir en la prevenció primària del càncer de pell. L'augment dels CEC i dels CBC és exponencial, i encara més el del melanoma maligne.

Open Acces creative commons

Daniel Repullo Merchán
Ana Aguilar Margalejo
Carmen Durán Jiménez

Contacte:
carmen.duranjimenez92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5477

¿Es solo una hiponatremia?

Ámbito del caso: Atención Primaria, urgencias.

Motivos de consulta: Mareo, astenia, edemas.

Historia clínica: Hombre de 83 años, exfumador. Antecedentes: Glicemia basal alterada, hipotiroidismo, anemia ferropénica no filiada. Tratamiento: Lorazepam 1 mg/24 h, levotiroxina 50 mcg/24 h. Acude a consulta para control, tras ser visitado en urgencias hace 2 días por mareo, astenia y edemas. Analítica urgencias: Na, 123 mmol/L; filtrado glomerular: 75 ml/min; hematocrito: 35%; hemoglobina: 114 g/l; VCM: 76,8 fl; HCM: 25,4 pg. Resto sin alteraciones. Tira básica de orina normal. Dada la edad del paciente y el contexto de elevada temperatura ambiental, la hiponatremia leve con función renal conservada se orienta como secundaria a deshidratación. Tras el tratamiento endovenoso y la mejoría de la clínica es dado de alta. En consulta persiste la clínica. Exploración física: Temperatura de 35,6 ºC; tensión arterial de 142/65 mmHg, $SatO_2$ del 98%. Leves edemas bimaleolares Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular conservado, rítmico. Neurológico y abdomen sin alteraciones. Se solicita analítica básica y estudio de hiponatremia: Na en plasma y orina, osmolaridad, función tiroidea, proteinograma. Ante resultados urgentes (sodio con valores de 115 mmol/l) y pendiente el resto de parámetros se deriva a urgencias de nuevo por hiponatremia grave. Analítica en urgencias: Na, 115 mmol/l; Na en orina, 89 mEq/l; glucosa, 109 mg/dl, y urea 4,3 mmol/l. Osmolaridad plasmática, 246 mmol/kg, y osmolaridad urinaria, 414 mmol/kg.

Diagnóstico diferencial de hiponatremia con osmolaridad plasmática baja: Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH): Principal orientación diagnóstica al cumplir todos los criterios. Patología tiroidea. Patología renal (farmacológica, nefropatía intersticial) y extrarrenal: Vómitos, diarrea, sudación, pérdidas 3r espacio. Patología suprarrenal. Etiología dilucional. Dados los resultados y los posibles diagnósticos se realizan las siguientes pruebas complementarias: Radiografía de tórax sin lesiones agudas. Tomografía axial computada (TAC) craneal: Macroadenoma hipofisario. Se confirma etiología de SIADH.

Conclusiones: Las alteraciones hidroelectrolíticas, como la hiponatremia, son hallazgos frecuentes en Atención Primaria. Es importante conocer cuáles son las indicaciones para su determinación y tener presentes los posibles diagnósticos diferenciales, ya que puede llegar a ser una alteración grave, con procesos subyacentes como neoplasias intracraneales o pulmonares.

Rocío Rodríguez Romero
Antonieta Also Fontanet

Contacte:
malso@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5478

Taller sobre l'insomni a l'Atenció Primària

Objectiu: Complementar amb eines conductuals i educatives el tractament de l'insomni, per oferir-ne un millor seguiment i tractament, i educar per reduir l'ús de fàrmacs prescrits mitjançant alternatives no farmacològiques.

Material i mètode: Disseny: Assaig comunitari. Àmbit: Centre de salut urbà. Criteris de selecció: Pacients majors de 18 anys amb diagnòstic d'insomni, derivats per medicina o infermeria del centre. Mostra: 116 pacients, 8 pèrdues. Intervenció grupal: Dues sessions setmanals de 2 hores de duració. Avaluació basal: Enquesta de dades demogràfiques i qüestionaris autoadministrats de valoració del son (Goldberg, ISI, Epworth, PSQI). Test de satisfacció al final de la intervenció. El taller es basa en pautes de tractament no farmacològic de l'insomni: Fonaments i trastorns del son, mesures d'higiene del son, tractament cognitivoconductual i estímuls externs, fitoteràpia i tractament farmacològic, meditació. Al finalitzar el taller e va fer una consulta individual als participants que així ho volguessin per a l'ajust de la medicació i la desprescripció de benzodiazepines.

Resultats: 116 participants (38 homes i 78 dones). Edat mitjana: 68 anys. Del total, 56 eren casats i 61 jubilats. Dels participants, 47 tenien antecedents familiars d'insomni. El 77% es trobaven en tractament farmacològic, el 60% d'ells amb benzodiazepines. El 50% dels participants tenien ansietat, el 50% insomni clínic moderat, el 30% somnolència excessiva i el 95% eren mal dormidors, segons el test PSQI. El 96% recomanaria el taller i un 90% considerà que el taller l'ajudaria a millorar el seu insomni. A la consulta individualitzada d'insomni per desprescriure benzodiazepines hi assistiren 15 participants. En el 26% es retiraren, en el 66% es reduïren i un 6% continuà el mateix tractament.

Conclusions: Podem concloure que la implementació d'un taller d'insomni amb estratègies no farmacològiques és una eina útil als centres d'Atenció Primària per complementar el tractament de l'insomni i per ajudar a millorar la qualitat del son dels pacients.

Open Acces creative commons

Exercici darrera d'una massa?

Ana Yeste Piquer

Contacte:
anayestepiquer@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5482

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Bultoma plantar esquerre des de fa 2 mesos.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents de limfoma de Hodgkin fa 30 anys, en remissió. Consulta per bultoma plantar esquerre des de fa 2 mesos que ocasiona molèsties en la deambulació. Ho relaciona amb un exercici físic intens previ, essent una persona sedentària. Sense traumatismes previs. En l'exploració física es palpa un bultoma plantar esquerre sense signes inflamatoris, de tacte dur i no mòbil. Se sol·licita radiografia del peu esquerre on únicament es descriu una entesopatia insercional del tendó d'Aquil·les amb calcificació distal. A continuació es demana una ecografia plantar, on destaca l'engruiximent nodular de la fàscia plantar, compatible amb fibromatosi. Enfocament familiar i comunitari: La pacient viu amb el seu marit. És venedora de professió i disposa d'una àmplia xarxa social. Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes. Fibromatosi plantar. Diagnòstic diferencial amb fractura per estrès, fascitis plantar, bursitis, artritis posttraumàtica, ossos accessoris naviculars, tendinopatia de l'extensor, coalició tarsal i fibromatosi plantar. Identificació de problemes: Massa i molèsties en la deambulació. Tractament i plans d'actuació: Es fa prescripció d'antiinflamatoris no esteroidals (AINE), amb protector gàstric, i es deriva a traumatologia.

Evolució: La pacient és valorada per traumatologia, des d'on es recomana analgèsia i tractament conservador amb plantilles, seguiment pel metge de família.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: Mitjançant la visita de pacients s'aprèn de l'experiència viscuda, que serveix per gestionar els propers casos similars. Això proporciona més control de la situació i amplia el diagnòstic diferencial.

Valoració de l'aplicació dels criteris de Beers en el pacient crònic complex

Sara Vivanco
Josua Suárez
Yolanda Ortega
Maria Mendoza
Pere Constant
Mariona Capdevila

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5483

Mitjançant l'observació de la polimedicació dels pacients crònics complexos en el nostre centre d'Atenció Primària sorgí la necessitat d'analitzar-ne la seva sobreprescripció.

Objectius: Analitzar el nombre i el tipus de fàrmacs prescrits als pacients crònics complexos atesos al nostre centre de salut i objectivar si existeix una clara polimedicació. Revisar si la prescripció de fàrmacs s'adhereix als criteris de Beers i analitzar, així, els fàrmacs que poden suprimir-se perquè són una medicació inapropiada.

Materials i mètodes: Estudi descriptiu retrospectiu en la una àrea bàsica de salut semiurbana amb 28.000 usuaris. Variables d'estudi: Edat, sexe, nombre mitjà de fàrmacs prescrits per pacient, tipus de fàrmacs prescrits. Nombre de fàrmacs suprimibles.

Resultats: Nombre de pacients: 150. Edat mitjana: 80 anys. Distribució per sexe: 64% dones. Pacients polimedicats (>4 farmacs): 84%. Total fàrmacs prescrits: 1235. Mitjana de fàrmacs prescrits per pacient: 8,2. Tipus de fàrmacs predominants: Ansiolítics, 30%; protectors gàstrics, 36,66%; antitihipertensius i diürètics, 90%; antidepressius, 36,66%; antiagregants, 33,33%; antidiabètics, 46,66%; antidislipèmics, 20%; analgèsics convencionals, 60%; betablocadors, 20%, i opioides, 6,66%. Fàrmacs suprimibles (criteris de Beers) en pacients d'edat avançada: 130 (10,53%).

Conclusions: La gran majoria dels pacients crònics complexos estan polimedicats. Hi ha més d'un centenar de fàrmacs que es consideren desaconsellats segons els criteris de Beers. Els antihipertensius i diürètics són el tipus de fàrmac més prescrit. Més d'un terç dels pacients presenta prescripció d'inhibidors de la bomba de protons i ansiolítics i antidepressius. Al menys una desena part dels fàrmacs prescrits en pacients polimedicats és suprimible sense cap perjudici per a la salut del pacient. És important minimitzar la prescripció de fàrmacs segons les guies terapèutiques per ajudar els nostres pacients, sobretot els pacients de major edat. És més freqüent l'aparició de reaccions adverses i d'errors de medicació en la polimedicació. No obstant això, sempre cal individualitzar el tractament de cada pacient.

Open Acces creative commons

La teva adreça com a determinant de salut

Joan Josep Cabré Vila
Sara Vivanco
Mariona Capdevila
Paula Profitós
Maria Mendoza
Yolanda Ortega Vila

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5484

Objectius: Analitzar la influència del lloc de residència sobre la incidència d'esdeveniments cardiovasculars (ECV) i de mortalitat general per qualsevol causa, en una cohort amb síndrome metabòlica (SM).

Mètodes: Estudi prospectiu (5 anys) per determinar la incidència dels ECV segons el lloc de residència (rural, urbà) en individus amb SM. Lloc: Atenció Primària, a Catalunya. Subjectes: Entre 35 i 75 anys, amb criteris de SM, sense malaltia cardiovascular (MCV) prèvia al seguiment (2009). La població es va estratificar segons l'índex de mortalitat en àrees petites espanyoles i desigualtats socioeconòmiques i ambientals (MEDEA) a l'entorn rural en cinc subcategories a les àrees urbanes (urbà 1-urbà 5), de menor a major nivell de privació.

Resultats: S'analitzaren 401.743 subjectes amb SM (17,2% de la població catalana); dels quals el 20,1% residien en àrees rurals. L'edat mitjana era de 60,5 anys, +9,6 anys, en àrea urbana 1 (la més afavorida) i de 59,6, +10,4, anys en àrea urbana 5 (la més precària). Després de 5 anys de seguiment, la incidència global de MCV fou del 5,5%, lleugerament menor en àmbit rural (5%) respecte els àmbits urbans (entre 5,5 i 5,8%). La mortalitat va ser superior en l'àmbit urbà-4 (5,09%) que a la resta d'àrees (valor mínim per a urbà-1 (0,34%), seguit de l'àrea rural (0,85%).

Discussió: A la vista dels resultats, creiem que el lloc de residència s'associa a la incidència dels ECV, però, sobretot, a una major mortalitat per totes les causes en pacients amb SM. Deixant de banda els possibles factors de confusió, en les àrees socioeconòmicament més desfavorides, la mortalitat augmenta.

El sol com a font de vitamina D. Realitat o ficció?

Josué Suárez
Paula Profitos
Marta Pepió
Yolanda Ortega
Fernando Nacher
Sandra Gómez

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5485

Tot i que per la situació geogràfica gaudim de gran quantitat d'hores de sol i també gaudim d'una dieta de les més envejades internacionalment, s'han detectat en la població general xifres de vitamina D inferiors al que s'esperava. Per això, pretenem revisar els nostres pacients amb teràpia substitutiva i comprovar si la prescripció i les pautes són correctes i necessàries.

Objectiu: Avaluar els pacients amb prescripció de suplementació de vitamina D en Atenció Primària i analitzar si el tractament s'ajusta a les indicacions de les guies.

Material i mètodes: Estudi descriptiu retrospectiu entre pacients atesos en AP amb suplementació de vitamina D. Selecció aleatòria entre tots els casos. Es prendran dades antropològiques, indicacions farmacològiques, nivells de vitamina D a l'inici del tractament, temps de prescripció i pauta, situacions de risc d'hipovitaminosi i seguiment analític posterior.

Resultats: 107 pacients (27% del total de tractats); el 80,4% són dones; mitjana d'edat de 72 anys. Un 41,1% no va portar cap control analític posterior. Un 53,3% inicià el tractament amb xifres correctes de vitamina D. El 36,5% complia amb les indicacions del fàrmac, essent la pauta mensual la més habitual (57%). El 41% va rebre tractament més d'un any; un 34,5% associà osteoporosi i un 25,2%, obesitat.

Conclusions: Més de la meitat dels pacients prenen suplementació tot i tenir prèviament nivells correctes de vitamina D. S'haurien de revisar els criteris d'inici de tractament i realitzar controls posteriors, ja iniciat el tractament. Poc més d'un terç dels pacients compleix amb les indicacions del fàrmac. Gairebé la meitat excedeixen la durada del tractament recomanat. El grup més sobretractat és el de pacients amb osteoporosi.

Open Acces creative commons

Què he de tenir en compte si prenc anticoagulants orals?

Sara Vivanco
Marta Serrano
Paula Profitos
Yolanda Ortega
Patricia Elías
Andrea Alajarín

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5487

Objectius: Determinar quins factors influeixen en el mal control dels pacients en tractament amb anticoagulants orals.

Material i mètodes: Estudi descriptiu en un àrea de salut semiurbana (28.000 pacients). Seguiment d'una mostra aleatòria de pacients amb mal control del ràtio internacional normalitzat (INR) durant 3 mesos. S'entrevistà als pacients mal controlats segons l'INR a la sortida de la consulta d'anticoagulació, prèvia signatura de consentiment informat. Es van recollir les variables de l'estudi i es realitzà una intervenció educativa en els punts febles evidenciats a l'entrevista. Variables: Edat, sexe, indicació d'anticoagulants orals, nombre de descompensacions prèvies, causes de les descompensacions, enquesta autoadministrada que recull els coneixements sobre la seva malaltia i el tractament. S'exclouen els pacients tractats per patologia aguda, si els anticoagulants orals s'han iniciat l 'últim mes, si hi ha barrera idiomàtica, l'atenció domiciliària o i la patologia incapacitant. Durant l'entrevista s'instrueix els subjectes en els punts febles.

Resultat: Tenen tractament amb anticoagulants orals 299 pacients. Se n'escollen 95 amb mal control mitjançant mostreig aleatori. El 53,7% són homes 53,7%; el 64% tenen dos episodis fora de rang previs a l'estudi. Les causes d'estar fora del rang són: 25,5% per la dieta, 21% per fàrmacs, i una miscel·lània el 53,5%. El 68,4% coneix el motiu de la indicació del fàrmac; el 50,5% coneix factors que influeixen en el control; el 84,2%, la posologia correcta, i el 46,3% comprèn les conseqüències de la descompensació.

Conclusions: Entre els pacients en tractament amb anticoagulants i mal control, la dieta i l'ús de fàrmacs concomitants són el punt més desconegut per als nostres usuaris. És fonamental l'educació sanitària sobre la patologia per aconseguir un millor control. A posteriori volem revisar si, a partir de la nostra intervenció, el grau de control ha variat.

Anàlisi de les consultes a urgències d'Atenció Primària de dones afectades per violència de gènere

Marta Pepió
Yolanda Ortega
Sandra Gómez
Patricia Elías
Pere Constant
Andrea Alajarín

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5488

Introducció: La violència de gènere és un motiu de consulta poc visualitzat a l'Atenció Primària, però molt freqüent en els centres d'Atenció Primària. El metge de família té un paper molt important, tant en la detecció i en la denúncia dels fets com en el suport a les víctimes.

Objectiu: Analitzar les característiques de les dones ateses per violència de gènere en un centre d'urgències d'Atenció Primària (CUAP) semiurbà durant el 2018.

Material i mètodes: Anàlisi dels parts judicials emesos des del CUAP amb diagnòstic d'agressió i violència de gènere amb el suport de la història clínica.

Variables: Edat, franja horària d'atenció, lloc on es produeix, pertinença al centre.

Hem seleccionat aleatòriament 200 parts judicials (30% del total). D'aquests, el 30% s'engloben dins dels tipus «altres»; són agressió el 67,5%, i, violència de gènere el 6,5%. Analitzats els pacients codificats per agressió, un 10,4% corresponien a violència de gènere incorrectament codificada. El perfil de les pacients ateses per violència de gènere són dones entre els 25 i els 50 anys. d'elles, un 18,5% té dos o més parts judicials registrats per aquest motiu en la seva història clínica. Les agressions tenen lloc majoritàriament a la tarda i nit i solen produir-se al domicili (44%), a la via pública (29,5%) i a la feina (4%), en la resta no consta el lloc.

Conclusions: Si extrapolem les dades, 100 dones són ateses anualment per violència de gènere per centre d'urgències d'Atenció Primària. Una de cada cinc dones ateses ja ha estat agredida prèviament. És fonamental conscienciar del paper del metge de família en la detecció i la denúncia d'aquests casos. Un diagnòstic correcte com a violència de gènere permet activar amb més eficàcia el circuit legal per a la protecció de la víctima.

Open Acces creative commons

Quan les aparences enganyen

Maria Mendoza
Mariona Capdevila
Marta Pepió

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5489

Motiu de consulta: Dolor i tumefacció cervical.

Antecedents personals: Al·lèrgia al contrast iodat. Laboral: Periodista. Patològics: Litiasi renal esquerra amb litotrípsia. Ingrés per xoc sèptic d'origen urinari. Sense medicació habitual.

Malaltia actual: Pacient home de 59 anys que consulta per un quadre de 24 hores d'evolució de dolor sobtat a la regió laterocervical esquerra, mentre es trobava en repòs. Va estar ingressat per xoc sèptic 4 setmanes abans, i va necessitar noradrenalina per via central, llarga, d'inserció basílica en el braç esquerre durant 3 dies. Va ser donat d'alta amb ciprofloxacina durant 2 setmanes.

Exploració física: Bon estat general C i O. Tensió arterial: 119/82 mmHg. Freqüència cardíaca: 103 ppm. $SatO_2$ del 99%. Afebril. Presenta enduriment cervical esquerre en la base del triangle de Sedillot i dolor a la palpació en aquesta zona posterior a ESCLM, amb cert edema i tint subcianòtic al braç esquerre, sense canvis en la temperatura . PPPiS. Sense buf carotidi ni adenopaties. Auscultació cardíaca: Tons rítmics; respiratòria: Murmuri vesicular. Abdomen: Normal.

Proves complementàries: Radiografia de tòrax sense troballes. Analítica de sang: Creatinina 0,84 mg/dl,PCR 2,67mg/dl i Dímer D 3.863 ng/ml. Hemograma, resta bioquímica i coagulació normal.

Desenvolupament: S'estableix com a diagnòstic diferencial: Cervicàlgia (dolor de característiques no mecàniques, sense dolor a la palpació ECM); adenopatia (no es palpa); artritis (articulacions sense signes de sinovitis); limfangitis i flebitis (sense cordó dolorós); cel·lulitis (sense eritema); insuficiència cardíaca (sense IJ, ni buf ni crepitants); fàrmacs (la ciprofloxacina provoca tendinitis). Finalment s'orienta el quadre com a possible trombosi venosa al territori de la jugular esquerra. Es trasllada a l'hospital per valorar una cirurgia vascular. Ecografia venosa del braç esquerre: Trombosi venosa profunda extensa des de la jugular subclàvia, axil·lar i humeral esquerra. Es pauta enoxaparina 70 mg/12 h amb control per part de vascular.

Conclusions: En un pacient amb dolor cervical hem de d'explorar el conjunt i no només les causes més freqüents. Són importants una bona anamnesi i l'exploració física, tenint en compte els antecedents, i no deixar-se endur per una patologia banal.

Només una rascada?

Pere Constant
Sandra Gómez
Josua Suárez

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5491

Àmbit: Atenció Primària i urgències d'Atenció Primària.

Motiu de la consulta: Dolor al genoll, posttraumàtic.

Anamnesi: Dona al·lèrgica a penicil·lina. Nega tabaquisme i altres tòxics, bevedora social. Nega antecedents medicoquirúrgics. Sense medicació habitual. Desconeix el seu calendari vacunal. Britànica, a Barcelona des de fa 2,5 anys. Actualment resideix a Salou i comparteix pis, sense animals. Cambrera. Desconeix el funcionament sanitari perquè no li ha fet falta usar-lo. No té parella. Refereix una caiguda fortuïta amb bicicleta i una erosió profunda al genoll, fa 48 hores. Va realitzar autocura amb aigua sabonosa i clorhexidina. Persisteix el dolor progressiu amb inflamació de la zona, tot i ¡ibuprofèn 600 mg/8 h. Associa secreció fosca de <24 hores. Va al centre d'urgències d'Atenció Primària.

Exploració: Deambulació dificultada i dolorosa. Vessament, tumefacció amb eritema i rubor. Laceració >2 cm supurativa. Dolor a la palpació de les dues interlínies, ròtula i tuberositat tibial. Vasculonerviós distal conservat. Resta de maniobres no realitzades per dolor. Radiografia del genoll sense lesions òssies agudes.

Judici clínic, tractament i actuació: Cel·lulitis: Anamnesi i exploració s'orienta a això. Traumatisme lleu amb ferida superficial: Es descarta per intens dolor i ràpida evolució. Luxació i fractura: Es descarten per radiografia. Objecte estrany subcutani: Es descarta per radiografia i exploració. Artritis sèptica: Sense signes a la radiografia i mobilitat conservada, excepte els últims graus. Trombosi venosa profunda: Els polsos són presents, sense afectació poplítia, clínica poc concordant. Tractament: Ciprofloxacina 500 mg/12 h, metamizol 575 mg/8 h, diclofenac 50 mg/8 h i mesures locals. Cura d'infermeria cada 48 hores. Augment d'eritema i flexoextensió limitada 48 hores després. Derivem a l'hospital on comencen antibioteràpia endovenosa, desbridament quirúrgic i ingrés a UCI. Realitzen diverses cobertures antibiòtiques per artritis sèptica multiresistent. Es desbrida quirúrgicament en diverses ocasions per fascitis necrotitzant complicada. Després de 40 dies de la caiguda, la pacient va ser intervinguda d'autoempelt cutani de gruix total, amb evolució posterior correcta.

Conclusions: La patologia banal és freqüent en l'àmbit d'Atenció Primària. La possibilitat de complicació dels processos lleus ha de ser sempre considerada en el nostre judici clínic, però alhora cal evitar caure en la medicina defensiva.

Open Acces creative commons

Una ampolla amb sorpresa

Patricia Elías
Fernando Nacher
Mariona Capdevila

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5492

Àmbit: Atenció Primària i urgències d'Atenció Primària.

Motiu de la consulta: Nerviosisme per molèsties urinàries.

Anamnesi: Nega al·lèrgies medicamentoses, tabaquisme o altres tòxics. Calendari vacunal complet. Antecedents: Episodi de dolor abdominal de llarga evolució, sense alteracions analítiques, millora parcial amb omeprazol 20 mg /24 h. S'hi va associar anorèxia nerviosa, descartada a posteriori per no complir criteris. Estudi d'infertilitat amb resultats negatius. Senegalesa, viu a Salou des de fa més de 10 anys; barrera idiomàtica important. Casada sense fills, resideix amb la seva parella en un pis lloguer, sense animals domèstics. Sense treball remunerat, marit venedor ambulant, coneixedora mínima del funcionament sanitari. Refereix nerviosisme i angoixa en un context de molèsties urinàries la nit passada (<5 hores); després micció, fa aparició un «bitxo», que aporta. Sense febre, símptomes urinaris ni digestius, sense cap altra clínica acompanyant.

Exploració: Bon estat general, conscient i orientada en les tres esferes; normohidratada i acolorida. Abdomen sense cicatrius, peristaltisme present, no dolorós en la palpació profunda, sense masses ni megàlies. Sense signes d'irritació peritoneal. Puny amb percussió lumbar negativa, sense dèficits herniaris, regió anal/perianal normal. Exploració ginecològica anodina. Tira d'orina negativa. Aporta una ampolla que conté un microorganisme viu de color blanc (15 cm de longitud).

Judici clínic, tractament i actuació: Parasitosi: Opció més probable per la clínica i les troballes. Oxiürs: Opció més plausible tenint en compte l'helmint. Infecció urinària: Es descarta per la tira negativa. Malaltia inflamatòria pelviana: No fa febre, clínica poc suggestiva. Malaltia de transmissió sexual: Ho rebutja.

Evolució: Pautem mebendazol, 100 mg/12 h/3 dies. Torna per persistència simptomàtica. Se sol·liciten coprocultius i paràsits en femta (negatius). Es pauta la mateixa tanda de tractament. Tenint en compte els antecedents i possibles patologies endèmiques, se sol·licita una ecografia transvaginal, que mostra una tumoració a la trompa esquerra. En la tomografia axial computada es descobreixen diversos focus a les trompes i al còlon descendent, compatibles amb nius d'oxiürs. Resta pendent de valoració per cirurgia.

Utilitat: És important valorar el pacient com un tot, tenint en compte antecedents i possibles patologies endèmiques. Cal valorar la clínica i la persistència dels símptomes davant d'un quadre amb analítiques complementàries correctes.

Evaluación de la adecuación del uso de bifosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas atendidas en un centro de Atención Primaria

Karla Rocio Salas Gama
Carolina Requeijo Lorenzo
Leihdy Gissellth García Mora
Carles Brotons Cuixart

Contacte:
Ronda Ramon Otero Pendrayo, 12, 2-2

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5494

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención para mejorar la adecuación del tratamiento para la osteoporosis.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental antes y después de una intervención en un CAP en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, con solicitud de densitometría o en tratamiento con bifosfonatos. Se seleccionó una muestra aleatoria de 106 pacientes en el primer corte y de 107 en el segundo, después de la intervención, de quienes se recogieron variables clínicas y de tratamiento. La intervención consistió en una sesión clínica para los médicos del centro de Atención Primaria y del hospital de referencia. Se presentaron resultados del primer análisis de adecuación, además de añadir avisos en la historia clínica sobre los criterios de tratamiento e inclusión del cálculo de riesgo con la calculadora FRAX. Fueron razones de potencial inadecuación el tratamiento sin antecedente de fractura y riesgo bajo o con riesgo medio-alto sin examen de la densidad mineral ósea (DMO) previo, inicio un fármaco distinto de alendronato, más de 5 años de tratamiento con bifosfonatos o más de 3 años en el caso de zoledronato sin antecedentes de fractura previa. Se utilizó la prueba de chi al cuadrado y el programa STATA®. El proyecto fue aprobado por el comité ético de investigación clínica.

Resultados: Tras la intervención, la adecuación pasó del 53,4% al 72,3% ($p < 0,01$); el registro de antecedente de fractura por fragilidad pasó del 51% al 63% ($p < 0,01$), y la utilización de herramientas para calcular el riesgo pasó del 10% al 30% ($p < 0,1$). La inadecuación de la duración del fármaco disminuyó de un 19% a 11% ($p < 0,01$).

Conclusión: Una intervención en médicos de Atención Primaria y del hospital de referencia, junto a recordatorios informáticos, demostró que mejoraba la adecuación en el uso de bifosfonatos para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Open Acces creative commons

Maria Carmen Ruiz Martín
Sílvia Güell Parnau
Purificación Jordana Ferrando

Contacte:
purijordana@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5495

Em fa mal l'espatlla

Pacient de 66 anys, home, amb antecedents destacats de:

Laceració esplènica espontània amb hematoma subcapsular i hemoperitoneu que, donada l'estabilitat clínica, analítica i dels exàmens complementaris, es controla ambulatòriament. El pacient consulta dos mesos després per pèrdua de 20 kg de pes i debilitat. Es realitza tomografia axial computada (TAC) d'abdomen i s'observa empitjorament de l'hematoma esplènic. S'indica intervenció quirúrgica urgent (xoc sèptic i síndrome del destret respiratori postintervenció). Se'n recupera i és donat d'alta.

Vuit mesos després presenta dolor a l'espatlla i l'hipocondri esquerres, que no millora amb analgèsia convencional.

L'exploració de l'espatlla mostra mobilitat normal, no limitada pel dolor.

L'exploració abdominal mostra un abdomen anodí.

Es practica ecografia abdominal urgent: Es visualitza un pòlip vesicular de 3 mm i abundants gasos que impedeixen la visualització del pàncrees.

Pel dolor referit d'espatlla es practica radiografia d'abdomen simple, de tòrax posteroanterior i perfil on es visualitza herniació del fundus gàstric i part del cos gàstric a l'hemidiafragma esquerre.

Es realitza TAC toracoabdominal: Confirma voluminosa hèrnia diafragmàtica esquerra, amb herniació de fundus gàstric i de gran part del cos gàstric (sense arribar a visualitzar la vora superior en l'estudi abdominal actual), que condiciona atelèctasi per compressió del parènquima pulmonar subjacent del lòbul inferior esquerre .

El pacient és intervingut quirúrgicament per l'hèrnia d'hiatus, amb èxit.

El dolor referit d'espatlla es produeix per la irritació del nervi frènic, que proporciona innervació a la pleura mediastínica i diafragmàtica, al peritoneu diafragmàtic i al fetge, vesícula biliar i vena cava inferior.

El diagnòstic diferencial s'ha de realitzar amb patologia local de l'espatlla (síndromes del congost toràcic, vasculars i neurològics, i tumors).

Sempre hem de pensar en un dolor referit de l'espatlla quan l'exploració sigui normal i el pacient ho refereixi com a persistent. Cal explorar el tòrax i l'abdomen.

Elena Mañes López
Narly Benachi Sandoval
Mireia López Poyato

Contacte:
milopez@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5501

Urticaria versus angioedema

Varón de 38 años, sin hábitos tóxicos. Acude a urgencias por presentar edema en el dorso de ambas manos, habones de diferentes tamaños y prurito de horas de evolución. Es mecánico industrial y utiliza de guantes habitualmente en el trabajo. No recuerda haber introducido ningún alimento ni medicamento nuevo.

Antecedentes: Hipertensión arterial de 5 años de evolución, en tratamiento con enalapril 10 mg 1-0-1; hipertrofia ventricular izquierda.

Exploración física: Temperatura de 36 ºC, $SatO_2$ del 98% (AA); presión arterial (TA) de 160/92 mmHg y frecuencia cardiaca de 96 ppm, rítmicas. Estado general y murmullo vesicular conservado. Sin soplos. Hemodinámicamente estable. Mucosas sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Reacción alérgica de contacto.

Tratamiento: Urbason® 40 mg y Polaramine® intramuscular. Pauta de 1 semana con Rupafin®.

Reconsulta: A las 2 semanas por empeoramiento del cuadro clínico.

Exploración física: Hemodinámicamente estable, piel conservada, labios hinchados, edema periorbitario derecho, ptosis palpebral derecha. Orofaringe normal: Refiere dificultad de deglución.

Diagnostico diferencial: Urticaria versus angioedema. Se orienta como angioedema mediado por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Como no indica modificaciones nuevas del estilo de vida, se decide revisar a fondo el tratamiento y retirar IECA, que se sustituye por un antagonista de canal de calcio. En el control al cabo de un mes ha remitido totalmente y presenta TA controlada.

Conclusión: Los IECA son fármacos de uso muy frecuente en el tratamiento de la hipertensión arterial. Según la bibliografía, un 0,2% de los pacientes tratados puede presentar angioedema asociado a los IECA. La aparición de este efecto adverso no tiene relación ni con la dosis ni con la duración del tratamiento. Puede darse al inicio o tras años con tratamiento estable. El angioedema mediado por IECA es inducido por la bradicinina (péptido inflamatorio vasoactivo vasodilatador) y no se asocia a urticaria, broncospasmo u otros síntomas de reacción alérgica. Cursa con una evolución más larga en el tiempo (>24-36 h) y la relación entre el desencadenante y el inicio de la clínica no es aparente. Muchas veces es refractario al tratamiento habitual de las reacciones alérgicas.

Open Acces creative commons

Narly Benachi Sandoval
Gemma Sáez Rubio
Ester Giménez Pérez
Lluïsa Serrat Asensio
Elena Mañes López
Mireia López Poyato

Contacte:
milopez@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5503

La gestión de casos como figura relevante en la mejora de la continuidad asistencial

El envejecimiento de la población, el aumento de patologías crónicas y la dependencia han provocado un aumento del consumo de servicios de salud. Como resultado, el modelo de gestión de casos de enfermería (GC) aparece en hospitales y centros de Atención Primaria (CAP) como estrategia para promover el trabajo coordinado, multidisciplinario e intersectorial.

Objetivo: Determinar el impacto de GC en la mejora de la continuidad de la atención(medido mediante el grado de cumplimiento de las intervenciones de enfermería y la utilización recursos sanitarios) y los factores asociados con el reingreso prevenible en el hospital y el tiempo hasta la primera readmisión.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo desarrollado en Barcelona. La población a estudio fueron los pacientes dados de alta de un hospital terciario, que residían en el área de referencia del CAP y requerían la continuidad de los cuidados. Se incluyeron 345 participantes. De ellos, 93 recibieron la intervención de GC y 252 pacientes recibieron intervención PREALT o ninguna intervención. La prueba de Fisher y el chi cuadrado se usaron para comparar grupos y determinar el impacto del programa GC; la regresión logística, para determinar los factores asociados a la readmisión hospitalaria, y el análisis de supervivencia y regresión de Cox para evaluar el tiempo hasta la primera readmisión hospitalaria.

Resultados: Se observó un mayor cumplimiento del tratamiento de enfermería en los pacientes incluidos en GC ($p < 0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo GC y el control en cuanto al reingreso hospitalario y el tiempo hasta la primera readmisión.

Conclusión: Los resultados no demostraron el impacto del programa GC en la reducción de los reingresos hospitalarios y en el tiempo hasta el primer reingreso, aunque permitieron demostrar la eficacia en la mejora del cumplimiento de la continuidad asistencial. Finalmente, el modelo múltiple identificó variables asociadas con la readmisión hospitalaria, lo que servirá para mejorar las intervenciones dirigidas a esta población de riesgo y, por lo tanto, para reducir las readmisiones.

Pilar Aguilà Pujols
Amat Botines Puertas

Contacte:
amat92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5504

Tirotropina augmentada. Hipotiroïdisme i prou?

Antecedents personals: Dona de 38 anys, sense al·lèrgies, medicació habitual, ni hàbits tòxics.

Motiu de consulta: Sensació insidiosa de cansament, debilitat i mareig. Inicialment ho atribuïa als fets de tenir fills petits, llevar-se a les cinc del matí i treballar 10 hores cada dia.

Antecedents patològics: Dislipèmia. Diabetis gestacional.

Exploració física: Tot normal, només destaca hiperpigmentació cutània.

Exploracions complementàries: Analítica: Hemograma normal; tirotropina (TSH), 270 µUI/ml; tiroxina lliure 1,1 ng/dl; anticossos anti-peroxidasa tiroidal (anti-TPO) > 1000.

Orientació diagnòstica: Hipotiroïdisme primari autoimmune (tiroiditis de Hashimoto).

Evolució: Es va iniciar tractament hormonal substitutiu amb levotiroxina. La TSH es va normalitzar, però la pacient no millorava clínicament (fins i tot, va empitjorar: Major astènia, aparició d'hipotensió ortostàtica i nàusees). Es va pensar en una crisi suprarenal i es va demanar una altra analítica, que va mostrar un cortisol molt baix (<1), corticotropina (ACTH) molt elevada (2000), hiponatrèmia (129) i hiperpotassèmia (5,6). Es va fer una prova terapèutica amb hidrocortisona, amb bon resultat. Per tant, la pacient tenia una insuficiència tiroïdal i suprarenal compatible amb una síndrome poliglandular autoimmune (SPAI).

Tractament i pla d'actuació: Es va afegir tractament amb hidrocortisona i fludrocortisona al tractament amb levotiroxina. Es va donar una pauta variable d'hidrocortisona (les dosis s'han d'incrementar en situacions d'estrès, malaltia concomitant o intervenció). Està pendent d'estudi d'anticossos i SPAI de tipus 2 (herència autosòmica dominant).

Conclusions i aplicabilitat a l'Atenció Primària: Un quadre clínic, l'exploració física i les proves complementàries inicials poden encaixar amb una malaltia concreta i això ens pot dur a iniciar un tractament, però, a vegades, la veritable entitat és una altra i el pacient no millora com esperàvem, o fins i tot empitjora. Per això, és molt important fer un bon diagnòstic diferencial i pensar en diverses possibilitats amb una clínica similar, fer un diagnòstic acurat, tractar correctament i evitar complicacions.

Open Acces creative commons

Elisabeth Tapia Barranco
Arantxa Osés Viñas
Sara Gómez Aranda

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5505

Teratoma quístico maduro de ovario

Ámbito del caso: Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: Paciente consulta por dolor abdominal.

Enfoque individual: Antecedentes personales sin interés, sin hábitos tóxicos, sin alergias medicamentosas.

Anamnesis: Mujer de 29 años consulta por dolor abdominal en hipogastrio desde hace 10 días, con sensación de barriga más hinchada. Edad de menarquía: 12 años. Fórmula menstrual: 5/ 28, última menstruación hace 15 días. Casada sin hijos.

Exploración: Abdomen globuloso, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Se palpa tumoración redondeada en la fosa ilíaca izquierda de aproximadamente 6 cm, móvil, con los bordes bien definidos.

Pruebas complementarias: Analítica normal.

Ecografía abdominal: En ovario izquierdo, imagen quística 9 x 10 cm de contenido homogéneo, mucinoso con concreciones ecodensas , avascular.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear. Etapa I de formación del ciclo vital familiar. Red social extensa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: El teratoma quístico maduro de ovario afecta a mujeres jóvenes, el 60% es asintomático, su tamaño medio al diagnósticoes de 7 cm. En el interior del tumor se suele encontrar grasa, pelos y calcificaciones. Supone un 45% de los teratomas ováricos y se clasifica según su configuración y contenido. Diagnóstico diferencial; quistes de ovario, apendicitis, embarazo normal o ectópico, absceso pélvico, sarcoma, linfoma y tumores de ovario.

Tratamiento y planes de actuación: El tratamiento es quirúrgico. Es posible a menudo su resección respetando el resto del ovario.

Evolución: Actualmente, la paciente continúa con controles por el servicio de ginecología y pendiente de intervención.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: El diagnóstico precoz es casi imposible. Incluso los tumores grandes suelen ser asintomáticos y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía. Pueden generar sospecha: El crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos y dolor abdominal subagudo. Es preciso estar alerta de estos síntomas para poder llegar antes al diagnóstico.

Ester Ras Vidal
Carles Perpiñán Auguet
Marina de la Torre Trillo

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5506

Dolor abdominal brusco

Ámbito del caso: Servicio de urgencias, caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: Dolor abdominal de 6 horas de evolución con intensidad creciente.

Enfoque individual: Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento, psoriasis, demencia, trastorno de ansiedad, artrosis lumbar evolucionada. Sin alergias medicamentosas conocidas. Colecistectomía hace 20 años. **Medicación habitual:** Metotrexato, omeprazol, naproxeno , donezepilo, amlodipino, fentanilo, diazepam, sertralina. Anamnesis: Mujer de 87 años consulta por dolor abdominal intenso, inicialmente en epigastrio con irradiación en cinturón a la espalda, asociado a náuseas sin vómitos. Última deposición, ayer. Sin fiebre termometrada, niega sensación distérmica. Exploración: Frecuencia cardiaca: 76 ppm. Tensión arterial: 138/82 mmHg. Temperatura: 35,7 ºC. $SatO_2$: 100 %. Malestar general, diaforesis, palidez cutánea. Palpación abdominal: Blando y depresible. Dolor a la palpación de forma difusa, más intenso en epigastrio. Peristaltismo ausente.

Pruebas complentarias: Radiografía de abdomen: Dilatación gástrica, silencio radiológico en hemiabdomen derecho. Edema de asas intestinales, pila de monedas. A/S: Creatinina 1,12; urea 58; PCR 0,72; leucocitosis: 10.450 con neutrofilia, coagulación correcta. Tomografía axial computada abdominal: Extensos signos de isquemia intestinal con afectación global de las asas del intestino delgado. Enfoque familiar: Familia nuclear, fase VI (disolución del ciclo vital familiar). Red social con alto apoyo. La familia acompaña a la paciente en todo el proceso.

Juicio clínico, Isquemia intestinal masiva: La colitis isquémica puede confundirse con otros procesos inflamatorios intestinales, pero las pruebas complementarias confirman el diagnóstico.

Tratamiento: Ante la situación de pronóstico infausto a corto plazo dada la imposibilidad de practicar cirugía por la extensión de la lesión y la edad de la paciente se decide junto a la familia ofrecer medidas paliativas.

Evolución: La paciente murió a las 12 h del ingreso.

Conclusiones y aplicabilidad: Este caso pone de manifiesto la dificultad del diagnóstico de algunos procesos complejos y su rápida evolución. Solo se puede ofrecer soporte al paciente y a la familia.

Open Acces creative commons

Què pot amagar un mareig?

Laia Gené Huguet
Mireia Martínez Martí
Jiwei Chen Qin

Contacte:
jchen@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5512

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Mareig.

Història clínica: Antecedents personals: Dona de 37 anys, sense antecedents patològics d'interès. Anamnesi: Quadre presincopal en un context de gastroenteritis. Posteriorment es repeteix en altres contextos. En el quart episodi s'afegeixen palpitacions. Més tard, cefalea. Exploració física: Anodina. Proves complementàries: Electrocardiograma, analítica, ecografia abdominal, Holter i ecocardiograma normals.

Judici clínic, diagnòstic diferencial: L'anamnesi és l'eina més important per diferenciar la situació i els desencadenants d'un quadre sincopal. Es poden realitzar altres exploracions complementàries segons la sospita clínica. En el diagnòstic diferencial cal tenir present: Els síncopes vasovagal, cardíac (per arrítmies, miocardiopatia...), neurològic, psicogen i metabòlic. En el nostre cas es descarta cardiopatia. Més tard reconsulta i indica pèrdua de pes i vòmits. En l'exploració física destaca hipoestèsia hemifacial esquerra. Se sol·licita tomografia axial computada (TAC) cranial. S'hi observa lesió quística amb contingut basalment hiperdens a l'angle pontocerebelós esquerre, amb remodelació òssia adjacent i captació de contrast en zona lateral. La primera opció diagnòstica a considerar és un neurinoma acústic, que crea efecte de massa sobre el tronc i els ventricles.

Tractament i plans d'actuació: Ingrés, col·locació d'una derivació ventriculoperitoneal i exèresi del tumor.

Evolució: Ressonància magnètica postoperatòria sense complicacions. Estudi histològic i citologia compatible amb neurinoma de l'acústic.

Conclusions: En una pacient jove amb clínica persistent de mareig cal realitzar exploracions complementàries per arribar a un diagnòstic final. Cal tenir presents els diagnòstics diferencials esmentats. En aquest cas, a l'associar-se palpitacions, primer es va descartar l'etiologia cardíaca, però en millorar i associar-se nous símptomes es realitzà TAC cranial amb el diagnòstic final de neurinoma de l'acústic. És un tumor benigne de creixement lent que es manifesta típicament amb hipoacúsia neurosensorial, acúfens i vertígens. Cal tenir-lo present en cas de mareig de llarga evolució i invalidant.

Com evoluciona la prefragilitat?

Josep Maria Vilaseca Llobet
María Ortega Carmona
Marta Navarro González
Amparo Hervás Docón
Laia Gené Huguet

Contacte:
lgene@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5513

CEI: Comitè d'ètica d'investigació clínica de l'hospital Clínic, 14 d'abril de 2016, acta 7/2016.

Objectiu: Avaluar l'evolució a fragilitat als 2 anys d'una intervenció multifactorial en pacients d'edat avançada, prefràgils i que viuen a la comunitat, realitzada des d'Atenció Primària.

Material i mètodes: Assaig clínic aleatoritzat, dissenyat i realitzat en centre d'Atenció Primària. Inclou 200 persones de 80 anys o més, no institucionalitzades amb criteris de Fried per prefragilitat. Criteris d'exclusió: Demència avançada, cures pal·liatives, situació clínica inestable, pacients crònics complexos i cadira de rodes. El grup d'intervenció (GI) va rebre una intervenció multifactorial (exercici físic, dieta mediterrània, valoració social i valoració de prescripció inadequada en polimedicats) durant 6 mesos, comparat amb el grup control (GC). Actualment es realitza l'anàlisi de seguiment després de dos anys de finalitzada la intervenció. Pèrdues: 40 pacients (mort: 21; ingrés a residència: 3; canvi de centre d'assistència primària: 16). Anàlisi estadística amb SPSS®.

Resultats: S'han valorat 110 participants (55%), amb una mitjana d'edat de 86,5anys. El 65% són dones. Dos anys després de realitzada la intervenció, al valorar la fragilitat, 65 pacients s'han mantingut prefràgils (37 del GI i 28 del GC), 37 han evolucionat a fràgils (20 del GI i 17 del GC) i 8 han esdevingut robusts (7 del GI i 1 del GC). Malgrat que les diferències no són estadísticament significatives (p = 0,06), probablement per la grandària de la mostra, s'observa una tendència a millorar de prefràgil a robust en els pacients del GI (odds ratio (OR) = 7; IC 95%: 0,86-56,9) i també una tendència a empitjorar de prefràgil a fràgil en els pacients del GC (OR = 0,76; IC 95%: 0,46-1,23). Pel que fa a la mortalitat, 11 corresponene a GI i 10 a GC (p = 0,822).

Conclusions: S'entén que, quan s'hagin valorat tots els pacients, les diferències seran estadísticament significatives, fet que mostrarà que una intervenció multifactorial i interdisciplinària a l'Atenció Primària pot prevenir el desenvolupament de fragilitat de manera sostinguda en el temps.

Open Acces creative commons

Francesc Margalef Pallarés
Georgina Mariné Llauradó
Adrian López Lorente

Contacte:
fmargalef@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5514

Erupció cutània pruriginosa. No tot és un èczema

Àmbit del cas: Atenció Primària i especialitzada, atenció continuada.

Motiu de consulta: Dona de 68 anys acut a atenció continuada per erupció pruriginosa al peu esquerre.

Antecedents: Hipercolesterolèmia.

Anamnesi: Pruïja i descamació al peu esquerra de 3 dies d'evolució.

Exploració: Eritema cutani dorsoplantar al peu amb àrees hiperqueratòsiques confluents, àrees de pell normal i queratodèrmia plantar groguenca. Posteriorment, erupció pruriginosa descamativa generalitzada amb afectació palmoplantar, de zones piloses, edema a la cara i els turmells.

Proves complementàries: Analítica normal; la biòpsia cutània mostra ortoqueratosi amb paraqueratosi, disqueratosi i acantosi focal.

Orientació diagnòstica: Pitiriasi rubra pilar.

Diagnòstic diferencial: Dermatitis seborreica. Psoriasi. Liquen pla. Pitiriasi rosada.

Problemes: Diagnòstic. Control dels símptomes.

Tractament: Atenció continuada: Corticoide tòpic de potència moderada i antihistamínic oral. Controls del seu metge de família: Canvia el corticoide a un d'alta potència i el mateix antihistamínic. Al generalitzar-se l'erupció indica corticoteràpia oral i tractament tòpic amb un preparat emol·lient. El dermatòleg recepta acitretina i posteriorment metotrexat.

Evolució: Els tractaments indicats per atenció continuada i pel metge de família aconsegueixen poca resposta i persisteix la pruïja i la descamació cutània: A les 3 setmanes es fa generalitzada i a les 7 setmanes apareix edema facial i dels turmells. En una consulta urgent al dermatòleg se li fa una biòpsia cutània. Davant la confirmació diagnòstica prescriu retinoides sistèmics (acitretina), però els ha de canviar pels efectes adversos a metotrexat i àcid fòlic. Millora als 2 mesos i als 8 mesos ja no presenta pràcticament cap lesió ni pruïja. Es retira el tractament als 18 mesos i segueix asimptomàtica.

Conclusions: Cal conèixer el diagnòstic diferencial de patologies poc freqüents i que poden simular d'altres més presents en el nostre àmbit. Això afavorirà el seu diagnòstic ràpid i el tractament adient. Amb aquest objectiu, és imprescindible la col·laboració estreta entre l'Atenció Primària i l'especialitzada.

Mireia López Poyato
Salvador Sitjar Martínez de Sas
Susana González Martínez

Contacte:
sgonzama@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5515

La importància de l'anamnesi, del reforç dels hàbits higienicodietètics i de l'adherència terapèutica per al control de la cefale

Dona de 45 anys presenta a domicili una cefalea holocranial brusca amb nàusees i pèrdua del nivell de consciència, moviments involuntaris de les extremitats inferiors, salivació i pèrdua de control d'esfínters. El servei d'emergències valora al domicili el trasllat al centre d'urgències d'Atenció Primària. La família no està d'acord amb el centre d'Atenció Primària i sol3licita urgències hospitalàries. El trasllat és fa de peu i la pacient cau a la vorera quan surt de la finca. La prenen entre veïns i família i la pugen a una llitera de l'ambulància fins a l'hospital de 3r nivell públic.

Antecedents: Hipertensió arterial essencial (telmisartan 40 mg/dia, però no el pren). Accident de bicicleta el 2016 amb fractura D9 i D10, tractada amb osteosíntesi de D6 a D11. Fumadora de 10 cigarrets/dia sense hàbit enòlic ni consum d'altres tòxics. A l'arribar, valor 15 a l'escala escala de Glasgow, bradipsíquia, bradilàlia i alteració conductual. La tomografia axial computada (TAC) i l'angio-TAC mostren hemorràgia subaracnoidea Fisher IV per aneurisma cerebral. S'ingressa a la UCI. Hemodinàmicament està estable, afebril i, neurològicament, amb rigidesa de clatell,sense cap altra focalitat. S'inicia profilaxi amb nimodipina i levetiracetam pel quadre suggestiu d'esdeveniment epilèptic. Arteriografia i embolització. Presenta paràlisi facial i hipoestèsia d'hemicòs esquerre. Ingrés a la UCI durant 1 mes. Es realitzen Dopplers transcranials diaris que mostren augment de velocitats. Una TAC cranial de perfusió de control mostra signes suggestius de vasoespasme a l'artèria cerebral mitja esquerra. També hi havia vasoespasmes posteriors que van requerir arteriografies i infusió intraarterial de vasodilatadors en set ocasions i dilatació mecànica de CI i CM esquerres. A l'ingrés va presentar infecció urinària i bacterièmia per Enterococcus faecalis, que es tracta amb ampicil·lina durant 7 dies. TAC cranial en el moment de l'alta: Material d'embolització amb infarts lacunars crònics. Seqüeles neurològiques: Afàsia d'expressió i certa inestabilitat de la marxa.

En Atenció Primària, la cefalea és una causa comú de consulta. Una adequada anamnesi pot ajudar a perfilar aquest tipus de pacient i l'adherència al tractament farmacològic. La continuïtat de les cures assistencials després d'un esdeveniment advers entre l'hospital i Atenció Primària és un «joc de trons». L'Atenció Primària sol·licita logopèdia i fisioteràpia rehabilitadora.

Open Acces creative commons

María José Forcadell Peris
Àngel Vila Córcoles
Olga Ochoa Gondar
Eva María Satué Gracia
Àngel Vila Rovira
Immaculada Hospital Guardiola

Contacte:
ihospital.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5516

Vacunación antineumocócica e incidencia de neumonía en pacientes con enfermedad pulmonar crónica en Cataluña, 2017

Objetivo: Investigar la incidencia de la hospitalización por neumonía en pacientes con enfermedad pulmonar respiratoria crónica, según su situación vacunal frente al neumococo.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de base poblacional. Incluyó 200.696 personas mayores de 50 años de Cataluña, diagnosticadas de bronquitis crónica, enfisema y asma, seguidas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2017. End-points primarios: Hospitalización por neumonía neumocócica (NN) o cualquier etiología (NCE) durante el seguimiento. Se estimaron tasas de incidencia entre previamente vacunados o no con vacuna antineumocócica conjugada tridecavalente (VNC13) o polisacárida tricosavalente (VNP23). Como fuente de datos se utilizó el Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria de Cataluña (SIDIAP) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales de referencia. Expediente del comité de ética e investigación: P14/134. Financiación: PERIS SLT16/002/00063.

Resultados: Los miembros de la cohorte fueron observados durante 192.918 personas-año (4.047 vacunados con VNC13 y 128.287 con VNP23). Se observaron 590 NN (30 en vacunados con VNC13 y 488 con VNP23) y 4.331 NCE (204 vacunados con VNC13 y 3.692 con VNP23). La incidencia de NN fue de 305,8 casos/100.000 personas-año (IC 95%: 281,9-331,5), de 741,3/100.000 (IC 95%: 500,4-1060,1) entre vacunados con VNC13 vacunados y de 380,4/100.000 (IC 95%: 348,1-415,8) con VNP23. La incidencia de NCE fue de 2.245/100.000 personas-año (IC 95%: 2108,1-2453,8), de 5040,8/100.000 (IC 95%: 4375,4-5802,0) entre vacunados con VNC13 y de 2877,9/100.000 (IC 95%: 2702,3-3062,1) con VNP23.

Conclusión: Dos de cada cien pacientes con enfermedad pulmonar respiratoria crónica de Cataluña tuvieron una NCE (13,6% fueron NN) durante 2017. La incidencia de NN y NCE fue considerablemente mayor entre vacunados, especialmente con la VNC13, lo que evidencia el elevado riesgo basal de estos sujetos (que tuvieron muy altas tasas de incidencia a pesar de la vacunación).

Alba Martínez Satorres
Laura Rubio Pérez
Laura Estella Sánchez
Yolanda Garcia Fernández
Núria Turmo Tristán

Contacte:
nturmo.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5517

Estan contents els pacients tractats amb infiltracions a l'Atenció Primària?

Estudi observacional transversal realitzat a dos centres d'Atenció Primària (CAP) urbans. Es lliura una enquesta autoadministrada que mesura la satisfacció dels pacients a qui s'ha realitzat una infiltració per al tractament del dolor al propi CAP per metges de família.

Objectius: Analitzar la satisfacció del pacient en relació amb el tractament amb infiltracions ofert a la cartera addicional de serveis en els CAP i que són practicades per metges de família.

Material i mètodes: L'enquesta consta de 5 grups de variables: 1) sociodemogràfiques, 2) satisfacció amb els aspectes organitzatius; 3) satisfacció amb la informació rebuda; 4) satisfacció amb la tècnica o tractament, i 5) valoració global. Les preguntes sobre la satisfacció es responen amb una escala de Likert entre 1 i 5. Criteris d'inclusió: Pacients tractats de gener a juny del 2019. Els participants van ser seleccionats per mostreig sistemàtic. Es convidà a participar responent al qüestionari a un de cada dos pacients tractats. Els pacients han realitzat una visita de control de tractament, moment en què se'ls ha administrat l'enquesta de satisfacció i se'ls ha informat de la confidencialitat. L'enquesta es diposita a una bústia a l'entrada del centre. Criteris de exclusió: Dificultat idiomàtica, analfabetisme, deteriorament cognitiu o incapacitat visual o d'escriptura.

Resultats: Responen l'enquesta 44 pacients. Diagnòstics: Tendinitis del supraespinós ,16 (36%); fascitis plantar, 9 (20.5%); epicondilitis, 6 (13.6%); trocanteritis, 5 (11.3%); artrosi de genoll, 3 (7%); tendinitis de genoll, 2 (4,5%); rizartrosi, 1 (2%); epitrocleïtis 1 (2%), i condromalàcia rotular, 1 (2%). Grau de satisfacció molt alt en tots el ítems, amb una mitjana entre 4,29 i 4,86 a l'escala de Likert. Escollirien ser tractats novament al CAP 30 de 44 pacients. Dos preferirien ser tractats per un especialista i cinc no mostren preferències.

Conclusions: La satisfacció dels pacients tractats amb infiltracions al CAP és molt alta.

Open Acces creative commons

Valoració d'un grup virtual d'ajuda mútua de mares en procés de dol per la pèrdua d'un fill durant l'embaràs

Mireia Alcaide Badia
Aida Gil Sánchez
Núria Turmo Tristán
Alba Martínez Satorres

Contacte:
albasatorres@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5522

Objectius de l'experiència: Participar en un grup d'ajuda mútua (GAM) per afrontar el dol per la pèrdua gestacional. Avaluar com s'han sentit en el grup.

Descripció de l'experiència: Un grup de 14 mares que han perdut els seus fills en diferents edats gestacionals participen en un GAM, inicialment de manera oberta, però amb un pseudònim anònim, mitjançant un fòrum virtual i posteriorment via Whatsapp. Després de 3 anys de participació responen una enquesta de valoració de l'experiència. S'entén que en el grup els seus sentiments són validats. Les experiències compartides els han ajudat a resoldre situacions difícils. Les companyes les han enteses millor que la gent del seu entorn (fins i tot millor que els professionals sanitaris). S'hi han sentit poc jutjades. El que més en valoren és que els sentiments siguin validats i compartits, poder parlar del seu fill i compartir pors, l'empatia del grup, sentir-se escoltada i poder parlar lliurement, la llibertat de parlar a qualsevol hora dels seus sentiments amb noies que les entenien perquè estaven passant pel mateix. Coincideixen que parlar del fill o filla perduts els ajuda. També en el rebuig de les frases de consol. Recomanarien el GAM a una amiga en la mateixa situació.

Conclusions: El dol gestacional és encara un tema tabú a la nostra societat i tenim dificultats per abordar-lo. Les mares en situació de pèrdua gestacional se senten poc compreses, tanmateix el GAM els proporciona la comprensió i empatia que no troben fora.

Aplicabilitat: Els grups d'ajuda mútua virtual poden ser un bon recurs a oferir des d'Atenció Primària a les famílies en dol. Cal conèixer els recursos disponibles a les pròpies associacions de famílies en dol. Cal també canviar la nostra mirada i l'actitud respecte a un problema freqüent, amb gran impacte emocional i sovint silenciat.

Palpitacions i taquicàrdia en un pacient jove

Pilar Aguilà Pujols
Amat Botines Puertas

Contacte:
amat92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5523

Àmbit del cas: Atenció Primària, serveis d'urgències.

Motiu de consulta: Palpitacions.

Antecedents personals: Home de 39 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, exfumador i ex-consumidor de cocaïna. Bevedor habitual. 2004: Va patir un parell d'episodis de taquicàrdia supraventricular (TQSV). Se li va comentar la possibilitat d'ablació, però la va desestimar. 2007: Miocarditis tòxica per consum de cocaïna. Germà mort per una probable cardiopatia congènita.

Malaltia actual: El pacient explica que fa unes 15-20 h s'ha iniciat una sensació de palpitacions amb lleugera dispnea i malestar general. Ha anat a escalar tot el dia, a veure si li passava, però consulta per persistència del quadre i aparició de discomfort toràcic. Nega consum de cocaïna ni d'altres drogues. Li recorda dos episodis anteriors fa més de 10 anys que van cedir espontàniament. Nega controls posteriors a cardiologia.

Exploració física: Constants: 132/90 mmHg, 218 ppm, 23 rpm, SaO_2 del 95%. Cardiovascular: Tons ràpids, taquicàrdia extrema, sense bufs ni frecs, batec jugular visible. Respiratori: Murmuri vesicular conservat, sense treball respiratori.

Exploracions complementàries: Electrocardiograma: Taquicàrdia paroxística supraventricular a 230 ppm. Analítica i radiografia de tòrax normals. Ecocardiograma: Ventricle esquerre discretament dilatat amb hipocontractilitat global. Fracció d'ejecció: 52%. Sense embassament pericardíac. Vàlvules normals.

Diagnòstic diferencial: Taquicàrdies supraventriculars (QRS estret). Taquicàrdia sinusal per cocaïna. Flutter auricular. Taquicàrdia per reentrada nodal.

Orientació diagnòstica: Taquicàrdia per reentrada nodal: Batec jugular visible (signe de la granota), freqüència cardíaca compatible, ones P retrògrades (negatives a la cara inferior, després del QRS).

Tractament i pla d'actuació: Intentem reversió no farmacològica amb un massatge del sinus carotidi i maniobres de Valsalva, sense èxit. Posteriorment administrem 6 mg d'adenosina amb reversió a ritme sinusal a 100 ppm, sense incidències. Mantenim el monitoratge les sis hores següents i no presenta nous episodis. Donada l'estabilitat clínica del pacient, decidim l'alta a domicili amb visita preferent a cardiologia per valorar un estudi electrofisiològic i l'ablació de la via arritmogènica. Expliquem les normes de reconsulta.

Open Acces creative commons

Nariman Chahboun Messaoudi
Ana Fuentes
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5524

Poliartràlgies bilaterals dels turmells, hils pulmonars prominents i eritema nodós. Síndrome de Löfgren?

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Poliartràlgia dels turmells.

Antecedents personals: Dona de 42 anys, exfumadora (1mes), enolisme previ (2 anys).

Antecedents patològics: Dislipèmia, obesitat, migranyes, vitiligen, hepatopatia crònica, colecistectomia, apendicectomia.

Anamnesi: Fa 5 mesos, s'inicià la tumefacció dels turmells. Exploració física: Signes inflamatoris i limitació funcional. Afebril. Analítica: PCR, 40; VSG, 15; GOT, 43; GPT, 49; GGT, 71 i la resta normal. Serologies VIH, virus de les hepatitis B i C, parvovirus-B19, citomegalovirus, virus d'Epstein-Barr i lues: Negatives. Estudi inmunològic: Hipergammaglobulinèmia M (292), factor reumatoide, anticossos anti-pèptid citrul·linat cíclic (anti-CCP), complement, anticossos antinuclears (ANA), HLA-B7: Negatius. Radiografies de turmells: Sense lesions òssies agudes. S'orienta com a oligoartritis de les extremitats inferiors (turmells) i desapareix la simptomatologia amb una pauta descendent de prednisona. Un mes després tornen els dolors i apareixen nòduls dolorosos a les extremitats inferiors suggestius d'eritemes nodosos. Es torna a prescriure la prednisona i se sol·licita radiografia de tòrax (mostra hils prominents) i ecografia de turmells (presència de líquid a l'articulació tibioastragalina medial). Sense antecedents familiars.

Judici clínic: L'associació d'artritis de turmells, eritema nodós i hils prominents orienta a una sarcoïdosi (síndrome de Löfgren). Es confirma el diagnòstic amb una analítica (enzim convertidor de l'angiotensina [ECA] elevat) i tomografia per emissió de positrons (PET)/TAC: Adenopaties hipermetabòliques hipermediastíniques i supraclavicular dreta compatibles amb sarcoïdosi.

Tractament: La sarcoïdosi es tracta amb corticoides sistèmics, antiinflamatoris no esteroidals i immunosupressors (si hi ha intolerància o resistència als corticoides). Es completa l'estudi derivant al pneumòleg (confirma sarcoïdosi en estadi I sense afectació del parènquima pulmonar) i a l'oftalmòleg (descarta uveïtis).

Evolució: El nostre cas, catalogat com a síndrome de Löfgren (tríada de poliartritis aguda, eritema nodós i adenopaties hilars) presenta bon pronòstic. Són signes de mal pronòstic: Uveïtis, hipercalcèmia, neurosarcoïdosi, afectació cardíaca o compromís pulmonar extens.

Conclusions: La sarcoïdosi és un trastorn crònic, d'etiologia desconeguda, que produeix granulomes no caseïficants en un o més òrgans: Els pulmons i sistema limfàtic són els mes afectats. En el nostre cas s'inicia la simptomatologia com a poliartràlgies. Les proves complementàries per al seu diagnòstic són a l'abast de l'Atenció Primària (analítica, radiografies articular i de tòrax). A partir de la sospita clínica i de les proves complementàries, es deriva el pacient a pneumologia o oftalmologia per al seu seguiment. El tractament de primera línia són els corticoides orals. Presenta un bon pronòstic en les formes de la malaltia limitades, com és el nostre cas.

Josep Antoni Vergara Rius
Ainhoa Moron Pros
Judit Serra Ramonet

Contacte:
judit1993.1@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5525

Quan menys és més

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Davallada funcional.

Antecedents: Home, 72 anys, exfumador, exenolisme, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, dependència lleu per a les activitats bàsiques de la vida diària, sense deteriorament cognitiu. Viu al seu domicili. Hipertensió arterial, hiperuricèmia, malaltia de Parkinson. Tractament habitual: Al·lopurinol 100 mg, disulfiram 250 mg, bisoprolol 2,5 mg, lisinopril 20 mg, lormetazepam 2 mg, carbidopa/levodopa 25/250 mg, domperidona 10 mg.

Anamnesi: Pacient que en els últims dies presenta davallada funcional, dificultat en la parla i en la deambulació, inestabilitat, agitació nocturna. La muller refereix falta d'ànims.

Exploració: Dificultat per iniciar la marxa, marxa rígida sense balanceig, hipocinèsia, hipomímia i dificultat a l'articulació de les paraules. La resta de l'exploració sense alteracions.

Judici clínic: Davallada funcional per símptomes de Parkinson.

Diagnòstic diferencial: Evolució de la malaltia de Parkinson i síndrome depressiva.

Tractament i evolució: Es consulta via plataforma amb el servei de neurologia. Recomana mantenir una conducta expectant per un possible component depressiu. En la visita amb el seu neuròleg de referència es decideix afegir rotigotina 6 mg i safinamida 100 mg al tractament. Passats 15 dies requereix ingrés per síndrome serotoninèrgica. S'atura el tractament amb safinamida i es disminueix la rotigotina a 2 mg. Passats uns altres 15 dies, nou episodi d'agitació nocturna que requereix un nou ingrés. S'afegeix quetiapina 25 mg i biperidèn 4 mg. S'atura la rotigotina. Torna a consultar 4 dies després per desorientació i mal estar general, motiu pel qual s'atura també el biperidèn i es deixa només solament amb Sinemet® 25/250 mg i domperidona 10 mg com a tractament per al Parkinson amb bona evolució des de llavors.

Conclusions: Es tracta d'un cas que explica clarament el risc que representa per als professionals mèdics la realització d'una prescripció en cascada. Tot i que la malaltia de Parkinson és una malaltia amb una evolució fluctuant de difícil maneig, aquest exemple pot ser un paral·lelisme de l'ús d'altres fàrmacs més habituals en el nostre dia a dia.

Open Acces creative commons

Judit Serra Ramonet
María Begoña Domínguez
Josep Antoni Vergara Rius

Contacte:
josepantoni.rius@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5526

Parotiditis complicada. A propósito de un caso

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor de cabeza.

Anamnesis: Varón de 23 años, originario de Paraguay, en España desde hace 4 años. Vacunación según calendario de su país. Consulta en el centro de Atención Primaria por cefalea frontal intensa, vómitos y fiebre de 24h de evolución. Hace cuatro días fue diagnosticado de parotiditis. En tratamiento con ibuprofeno 600 mg/8 h y amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg/8 h.

Exploración física: Estable, afebril. Parótida discretamente tumefacta, sin signos flóboticos. Trismus. Úvula centrada, no edematosa. Sin adenopatías, rigidez de nuca ni alteración neurológica.

Juicio clínico: Probable complicación de la parotiditis. Se envía a urgencias del hospital de referencia.

Diagnósticos diferenciales: Meningitis, encefalitis, absceso faringoamigdalar.

Pruebas complementarias: Analítica normal. PCR: 25/VSG: 16. Sedimento de orina: Negativo. Hemocultivos: Negativo. Tomografía axial computarizada craneal: Normal. PL: Negativa. Se realiza cultivo del líquido cefalorraquídeo, que es positivo para parvovirus. Se cursa muestra para PCR de saliva, positiva para parvovirus. Resto de serologías negativas.

Evolución: Se ingresa aislado en planta de medicina interna en un contexto de meningitis. Se inicia tratamiento antiviral y antibiótico empírico. Se retiran después de los resultados positivos y se inicia inmunoglobulina, con resultado satisfactorio. Se estudia desde primaria el entorno del paciente y su vacunación.

Conclusiones: La parotiditis es una patología producida por un virus ARN de la familia de los paramixovirus, de declaración obligatoria. El único reservorio es el ser humano y la transmisión es aérea. Por ello, los brotes ocurren sobre todo en colectivos cerrados. La infección es asintomática en un tercio de los casos. La manifestación clínica más frecuente es la inflamación de la parótida. Complicaciones frecuentes en el sistema nervioso central, orquitis y pancreatitis. Desde la introducción de la vacunación universal en 1982, la incidencia ha disminuido progresivamente.

Alba Pascual Giner
Irene Cornet Pujol
Ainhoa Moron Pros

Contacte:
ainhoamoron@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5529

Parotiditis complicada. A propósito de un caso

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Hombre de 59 años que presenta artralgia punzante de omóplato derecho hasta el codo y parestesias, de 6 meses evolución, sin trauma previo. No mejora con antiinflamatorios no esteroideos ni fisioterapia. Pérdida peso de -10 kg, lo atribuye al exenolismo.

Historia clínica: Antecedentes personales y familiares de interés. Anamnesis y exploración física. Pruebas complementarias. Jubilado, autónomo. Fumador, exenolismo reciente. No antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares: Hermano, padre y dos tíos paternos con neoplasia pulmonar (29, 83, 67 y 82 años).

Exploración: Apófisis espinosas no dolorosas. Movilidad articular y fuerza conservadas. Parestesias hasta el codo. Dolor desde omóplato al codo y al tórax ipsilateral. Bultoma en la zona superior omóplato.

Exploraciones complementarias: Radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica: Sin alteraciones. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: Masa apical pulmonar derecha de 106 x 63 mm + múltiples conglomerados adenopáticos ipsilaterales. Destrucción de 3 costillas y de vértebra T3 + micronódulo LIE. Resonancia magnética: Tumor de Pancoast en el pulmón derecho + destrucción ósea. Fibrobroncoscopia con biopsia: Sin lesiones. Espirometría: Enfisema mixto. Tomografía por emisión de positrones (PET)-TAC: Neoplasia en el vértice pulmonar derecho + afectación ósea. Adenopatías ipsilaterales + M1 óseas cervicodorsales. Eco punción aspirativa con aguja fina (eco-PAAF): Carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado.

Diagnóstico diferencial: Lesión articular, lipoma, neoplasia.

Diagnóstico definitivo, evolución y tratamiento: Tumor de Pancoast + destrucción ósea. Actualmente cinco dosis de radioterapia y en 3er ciclo de quimioterapia.

Discusión y aplicabilidad: A pesar de que el motivo de la consulta sea un dolor articular, este puede suponer la primera y única manifestación clínica del tumor de Pancoast, por lo que los antecedentes familiares y personales (cuatro muertes por neoplasia de pulmón, fumador), el empeoramiento clínico a pesar del tratamiento y los síntomas constitucionales deben motivar la ampliación de las pruebas complementarias para obtener un diagnóstico correcto.

Open Acces creative commons

Caminatas interurbanas

María Begoña Domínguez
Judit Serra Ramonet
Aihnoa Moron Pros
Patricia San Millán García

Contacte:
pasan.upsa@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5530

Objetivos: Promover la actividad física y disminuir el sedentarismo.

Descripción: El Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 prioriza la salud pública como una de sus líneas estratégicas, y destaca la promoción de la vida saludable a través de la actividad física y la disminución del sedentarismo, lo que fomenta un envejecimiento activo y saludable. Asimismo, la OMS recomienda caminar 30 minutos al día para mantener un buen estado de salud. En este contexto, en abril de 2018, nuestro equipo de Atención Primaria puso en marcha el Programa de Caminatas Interurbanas. Se organizaron caminatas semanales de baja dificultad e intensidad y con duración aproximada de 75 minutos. Se formó un grupo de unas 25 personas con diferentes patologías, guiado por una enfermera. Se incluyeron pacientes sanos con disposición a mejorar su salud. Como canal de comunicación adicional, se creó un chat de grupo mediante una red social en Whatsapp, lo que fomentaba la relación entre los participantes y permitía compartir fotos de la experiencia. En una primera instancia, una parte de los trabajadores se mostraron reticentes a la iniciativa, ya que consideraron que supondría una carga de trabajo adicional de dudoso éxito.

Conclusiones:

1. Buena acogida entre los participantes, que manifestaron mejoría en el plano físico, psicológico y social.
2. Grupo autogestionado por los participantes.
3. Superación del escepticismo del equipo del área básica de salud.

Aplicabilidad: Esta iniciativa es un ejemplo de cómo la puesta en marcha de programas de participación comunitaria puede tener buena acogida en la población y facilitar la superación de las resistencias del equipo.

Impotencia funcional en pediatría

Alfonso Arana Madariaga
Patricia San Millán García
Mercedes de la Cruz Herrrera

Contacte:
mdelac1010@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5532

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Impotencia funcional.

Anamnesis: Mujer de 13 años, sin antecedentes patológicos y vacunación correcta. Consulta en el centro de Atención Primaria por un dolor en zona gemelar derecha, de 48 horas de evolución e impotencia funcional. Afebril. Hace 7-10 días presentó diarreas, sin productos patológicos y fiebre, todo ello autolimitado.

Exploración Física: Estable, afebril, ausencia de reflejos rotulianos, Romberg dudoso, marcha con cojera de la extremidad derecha. Tira reactiva de orina (Labstix®) negativa. Se deriva a urgencias por progresión de los síntomas y exploración física.

Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitos: 8,1 (N: 67,5%; L: 22,0%); VSG: 15 mm/h; PCR: 2,6 mg/l; creatinina: 0,74 mg/dl; sodio: 136 mmol/l; potasio: 3,7 mmol/l, y creatina cinasa (CK): 514 U/l. Equilibrio venoso: Sin alteraciones. Tóxicos en orina: Negativo.

Diagnósticos diferenciales: Miositis vírica aguda, síndrome de Guillain-Barré, rabdomiólisis.

Evolución clínica: Ingresa en la planta de pediatría como una probable miositis por niveles elevados de CK e impotencia funcional de las extremidades inferiores. Evoluciona a arreflexia universal y disminución de la fuerza en ambas manos. El electromiograma confirma cambios compatibles con síndrome de Guillain-Barré desmielinizado en fase inicial. Punción lumbar: Sin datos relevantes. Tratamiento con gammaglobulina 2 g/kg/d (2 días). Serologías negativas de citomegalovirus, Epstein-Barr, Mycoplasma pneumoniae). Cultivo del líquido cefalorraquídeo: Negativo. Coprocultivo: Campylobacter Jejuni (anticuerpos antigangliosidos negativos). Realiza rehabilitación durante el ingreso con evolución favorable, recuperación de la fuerza en extremidades superiores, que persiste de manera distal.

Conclusiones: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección vírica o bacteriana. Se caracteriza por debilidad simétrica, rápidamente progresiva, comienzo distal y avance proximal. Afectando la musculatura bulbar respiratoria. Gérmenes implicados: Campylobacter jejuni, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, Haemophilus influenzae, virus varicela-zóster. Como su diagnóstico es difícil por la inespecificidad de las primeras manifestaciones, hay que tener presente esta patología en los diagnósticos diferenciales iniciales.

Open Acces creative commons

Nuria López Batet
Sandra Paredes García
Daniel Cortés Rodríguez

Contacte:
dacortes@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5533

Porque no todo es tiña

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Lesiones cutáneas.

Historia clínica: Paciente fumadora de 44 años con antecedentes de dislipemia y neuralgia de Arnold. Consulta por lesiones cutáneas no pruriginosas en la espalda y el brazo izquierdo desde hace tres meses (una de diez años de evolución). Ha realizado tratamiento con antifúngicos, antivirales y corticoides tópicos, sin una mejoría clara. En la exploración se objetivan dos lesiones anulares en el deltoides y tres en la espalda, de bordes elevados y con el centro deprimido y más claro.

Juicio clínico: Se orienta como granuloma anular y se realiza teleconsulta con dermatólogo de referencia, quien confirma el diagnóstico. Es una dermatosis crónica (el 75% desaparecen en dos años, 40% recidivan), asintomática, autolimitada y frecuente, de predominio en niños y adultos jóvenes de sexo femenino. Su etiología es desconocida. Se asocia en ocasiones a diabetes en la variante generalizada. Su diagnóstico es clínico: Se objetivan pápulas perladas violáceas o eritematosas que confluyen para formar un anillo de hasta 5 cm, bien delimitado y con regresión central. Se encuentran habitualmente en el dorso de las manos o en los dedos (lesiones aisladas), o de forma difusa en extremidades y tronco (lesiones múltiples). El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones papulosas, como el liquen plano y el sarcoide, o con lesiones anulares, como la tiña, la necrobiosis lipoídica y el eritema migratorio.

Tratamiento: El granuloma anular es un trastorno local y con remisión espontánea habitual, por lo que no se realiza tratamiento a excepción de lesiones deformantes. En este caso, se pueden utilizar corticoides tópicos, triamcinolona intralesional o crioterapia.

Conclusiones: El granuloma anular es una patología frecuente, pero infradiagnosticada en Atención Primaria. Deberá ser tenida en cuenta siempre ante el hallazgo de lesiones papulosas confluentes en anillo de larga evolución. Confundida habitualmente con la tiña, el fracaso del tratamiento con antifúngicos debe hacernos pensar en el granuloma anular.

Laia Gené Huguet
Jiwei Chen Qin
Mireia Martínez Martí

Contacte:
mireiamm7@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5534

Més enllà d'una lumbàlgia

Àmbit del cas: Atenció Primària.

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

Història clínica: Enfocament individual. Home de 63 anys, al·lèrgic a fosfomicina, exfumador. Antecedents patològics: Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i diabetis mellitus de tipus 2. Tractament habitual: Tiotropi 1 inh/24 h, salmeterol/propionat de fluticasona 2 inh/12 h, metformina 850 mg/24 h. Anamnesi: Dolor lumbar mecànic de 3 dies d'evolució. Sense nàusees ni vòmits. Sense simptomatologia miccional ni febre.

Exploració física: Sense troballes patològiques.

Proves complementàries: No calen.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: Es pauta un tractament analgèsic i presenta millora parcial del dolor. Posteriorment consulta amb simptomatologia d'exacerbació de la seva MPOC: Augment de la dispnea basal, tos amb expectoració mucopurulenta i febrícula. En l'exploració física destaca hipofonesi bilateral amb roncus a la base dreta i sibilants dispersos. Se sol·licita una radiografia de tòrax i s'ajusta el tractament. En la radiografia s'objectiva una imatge parahilar esquerra. Es realitza una visita telefònica per citar el pacient a consulta. S'explica la troballa. En reinterrogar-lo refereix astènia i anorèxia, que relacionava amb la seva jubilació recent. És derivat a la unitat de diagnòstic pneumològic ràpid a l'hospital.

Tractament i pla d'actuació: S'intensifica la teràpia inhaladora, amoxicil·lina/àcid clavulànic 875/125 mg, paracetamol 1 g i es deriva per completar estudi.

Evolució: Es realitza tomografia per emissió de positrons (PET)-tomografia axial computada (TAC), fibrobroncoscòpia amb punció i gammagrafia. Es conclou que es tracta d'un carcinoma de cèl·lules no petites en estadi IV, amb adenopaties a nivell infra- i supradiafragma. Captació a nivell lumbar en la gammagrafia. Actualment segueix pendent de visita amb oncologia per iniciar el tractament.

Conclusions: En certes ocasions, com en aquest cas, el tumor primari no és el que es manifesta primer, sinó que es percep una simptomatologia deguda a les metàstasis, com la lumbàlgia.

Open Acces creative commons

Ana Iglesias Plaza
Lourdes Castillejo Magana
Miguel Angel Sarlat Ribas

Contacte:
sarlatribas@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5535

Primum non nocere

Truquen al centre d'Atenció Primària sol·licitant atenció domiciliària per a una pacient de 90 anys en el programa d'atenció domiciliaria (presenta com a diagnòstics més rellevants: Demència molt avançada [desconnexió total de l'entorn], incontinència urinària i fecal i dependència total per a les activitats de la vida diària [necessita cuidadora 24 hores al dia] per l'aparició, fa dos mesos, d'una lesió dèrmica a la cama esquerra que, tot i que no se li atorgà massa importància inicialment, no millora. La família pensa que es tracta d'un hematoma .

En l'exploració física s'aprecien unes lesions fosques, papulodescamatives, irregulars, amb lesions satèl·lits, no sagnants i asimptomàtiques . Com el diagnòstic de presumpció apunta a un melanoma, es demana autorització a la família per fer fotografies de les lesions i comentar amb dermatologia de referència. La interconsulta amb dermatologia conclou que caldria fer biòpsia per a un diagnòstic de certesa, tot i que les patologies a tenir en compte en el diagnòstic diferencial són de mal pronòstic.

Es truca a la família per pactar visita i explicar la situació actual. Una vegada explicat el mal pronòstic de la lesió dermatològica, així com el camí a seguir per al diagnòstic definitiu i l'abordatge terapèutic, es respon a les incerteses que expressa la família. Donada la situació basal de la pacient, la família decideix no autoritzar els trasllats per al diagnòstic i opten per una actitud conservadora i l'observació evolutiva. Queda oberta la porta a reconduir l'abordatge mèdic en qualsevol moment.

En no poques ocasions els pacients decideixen no acceptar propostes diagnòstiques o terapèutiques en situacions de possible compromís vital. És sempre imprescindible una comunicació metge/pacient clara, que ajudi a entendre la situació i clarifiqui els dubtes perquè el pacient pugui prendre la millor decisió.

Encarnación García Ruiz
Elisa Pérez García
Ingrid Vidiella Piñol
Montserrat Pinyol Martínez

Contacte:
mpinyol@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5536

Millorant la tècnica inhalatòria en la gent gran amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

Objectiu: Les guies de pràctica clínica recomanen l'ús de la via inhalada per al tractament de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), però l'ús incorrecte de la tècnica pot reduir la seva eficàcia i afavorir un mal control de la malaltia. Tota prescripció d'un sistema inhalador ha d'anar acompanyada d'educació i ensinistrament dels pacients en l'ús correcte del sistema prescrit. Molts pacients utilitzen incorrectament el seu inhalador i sobre tot la gent gran, ja que l'envelliment pot produir un deteriorament significatiu de les capacitats dels pacients i pot influir en el compliment i en l'ús de la medicació inhalada. Per això, ens proposem formar pacients majors de 65 anys amb MPOC en la realització de les maniobres dels seus sistemes d'inhalació.

Descripció de l'experiència: Es contacta telefònicament amb els pacients si accepten participar en el programa de formació. Se'ls cita individualment amb una infermera. Se li demana una demostració de l'ús habitual que fa dels seus inhaladors, sense donar cap instrucció teòrica ni pràctica prèvia. Es revisen les diferents maniobres segons les instruccions d'ús de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Es corregeixen les maniobres errònies i es realitza una formació individualitzada en la utilització del seu inhalador. Passats 3 mesos, se'ls torna a citar i es revisen novament les diferents maniobres per comprovar la tècnica inhalatòria.

Conclusions: El programa de formació individualitzada aconsegueix millorar la tècnica inhalatòria dels pacients i una disminució dels errors. Per tant, segons els estudis, es millorarà la qualitat de vida dels pacients i el control de la malaltia.

Aplicabilitat: Aquest programa pretén millorar la formació de la tècnica inhalatòria en gent gran amb MPOC i la seva qualitat de vida. Seria de fàcil aplicabilitat en totes les consultes d'infermeria, mitjançant la realització de controls periòdics per supervisar l'adequació de la tècnica emprada.

Open Acces creative commons

Coneixements i habilitats de la gent gran en l'ús dels dispositius de teràpia inhalatòria

Ingrid Vidiella Piñol
Montserrat Pinyol Martínez
Elisa Pérez García
Elena Páez Fernández
Encarnación García Ruiz
Adrián Díaz Castillo

Contacte:
mpinyol@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5537

Objectiu: Conèixer les habilitats dels pacients de 65 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en la utilització dels sistemes d'inhalació i determinar les variables que influeixen en la realització correcta de la tècnica inhalatòria (TI).

Disseny: Transversal observacional.

Àmbit: Centre d'Atenció Primària urbà.

Subjectes: Pacients de 65 anys amb MPOC que utilitzen inhaladors. Es van citar individualment i se'ls va demanar una demostració del seu ús habitual dels inhaladors, sense cap instrucció teòrica ni cap pràctica prèvia. Es van revisar les diferents maniobres segons les instruccions d'ús de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Variables: TI (es considera tècnica adequada quan es realitzen correctament totes les maniobres), variables sociodemogràfiques, pacient crònic complex, estadi Gold, educació sobre els inhaladors l'últim any, nombre d'exacerbacions l'últim any, nombre de dispositius, nombre de sistemes inhaladors diferents, índex de Pfeiffer, índex de Barthel, COPD Assessment Test i test d'adherència als inhaladors S'analitzen les variables amb el paquet estadístic SPSS® Statistic 22.

Resultats: Es va incloure una mostra aleatòria de 77 pacients amb una edat mitjana de 75,5 ± 7,2 anys, 61 (79,2%) eren homes, 46 (59,8%) tenien estudis de batxillerat o superiors i 36 (46,8%) havien rebut formació amb inhaladors l'últim any. La TI va ser adequada en 42 (54,5%) pacients. El 87,5% dels usuaris del sistema Aerolizer® tenien una TI adequada ($p = 0,04$). Dels pacients amb TI adequada, 26 (61,9%) no havien presentat exacerbacions de l'MPOC l'últim any ($p = 0,004$). Dels pacients amb estudis de batxillerat o superiors, 46(73%) realitzen una TI adequada ($p = 0,01$). No s'han trobat diferències significatives en la resta de les variables.

Conclusions: Més de la meitat dels pacients realitzen una TI adequada. L'inhalador Aerolizer® és el sistema més ben utilitzat. Els pacients amb un nivell més alt d'estudis tenen una TI millor. Els pacients amb una TI adequada presenten menys exacerbacions. Consta l'autorització del comitè d'ètica i d'investigació CEI corresponent amb codi de protocol HCB/2019/0373.

Atenció a la ciutadania. Què pensen els nostres usuaris?

Montserrat Pepió Tomás
Silvia Crispi Cifuentes
Ana Moragas Moreno
Rosaura Reig Puigbertran
Marta Hernández Anadón
Silvia Hernández Anadón

Contacte:
silviaha@comt.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5538

Objectiu: Conèixer què pensen els nostres usuaris del model d'atenció a la ciutadania mitjançant una enquesta.

Material i mètodes: Disseny: Estudi prospectiu observacional. Àmbit d'estudi: Atenció Primària, centre urbà. Subjectes i criteris de selecció: Es recluten consecutivament els tres primers pacients que venen al mostrador de la unitat d'atenció a l'usuari durant el mes de juliol de 2019. Mesures i intervencions: Enquesta de set preguntes, tipus Likert on es valora la satisfacció de la gestió en els tràmits administratius, l'adequació del temps d'espera, l'accessibilitat telefònica, l'agilitat per demanar tràmits de proves, si volen rebre cites de forma no presencial i si es necessita un canvi en el model actual. S'efectuaren proves d'estadística descriptiva i inferencial. Es considerà significació estadística si p era $< 0,05$.

Resultats: Es van incloure 120 pacients. El 67,9% eren dones. L'edat mitjana era de 59,2 anys +/-14,8 anys. Del total, 80 individus (66,67%) van declarar que estaven satisfets amb la gestió dels tràmits administratius, encara que 64 (53,3%) pensava que el temps d'espera era inadequat. El 31% dels enquestats utilitzava tecnologies de la informació. Un 76% pensava que es pot millorar la accessibilitat telefònica i un 64% que es poden agilitzar els tràmits per demanar cita. Un 73% estaria d'acord a rebre cites no presencials . El 89% realitzaria canvis en l'actual model d'atenció a la ciutadania. Els homes estan més satisfets ($p < 0,05$).

Conclusió: Malgrat que la majoria dels pacients, sobre tot els homes, estan satisfets amb la gestió dels tràmits, dels resultats es dedueix que s'han de considerar canvis en l'actual model d'atenció a la ciutadania per acostar més als usuaris als seus serveis i facilitar-hi l'accés.

Open Acces creative commons

Thaïs Giménez Baya
María Luisa Mesas García
Alejandro Vidal Durán

Contacte:
alevidu@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5539

Encefalitis por virus de la varicela-Zóster. Una complicación a contemplar

Ámbito del caso: Atención Primaria, servicio de urgencias.

Motivo de consulta: Paciente de 79 años que consulta por debilidad generalizada.

Antecedentes personales: Fibrilación auricular permanente, no anticoagulado por negativa del paciente y alto riesgo de caídas. Neurinoma del acústico y meningioma tratado en 2016 con radioterapia y posterior válvula de derivación ventriculoperitoneal, por hidrocefalia normotensiva secundaria.

Anamnesis: Acude a la consulta de Atención Primaria por presentar erupción cutánea vesicular arracimada y dolorosa, distribuida por el dermatoma correspondiente a L3, de 24 h de evolución. El episodio, sugestivo de virus herpes zóster (VHZ), fue tratado con valaciclovir 1 g/8 h durante 7 días. El paciente volvió a consultar 48 horas después por debilidad generalizada, somnolencia y lateralización de la marcha, sin fiebre ni clínica infecciosa acompañante.

Exploración física: Paciente consciente, desorientado en tiempo y espacio, letárgico y levemente disártrico. Glasgow: 14. Maniobras de Kernig y Brudzinsky dudosamente positivas. El resto de la exploración neurológica es anodina. El paciente es derivado al servicio de urgencias para la realización de exploraciones complementarias.

Pruebas complementarias: Analítica completa sin leucocitosis ni elevación de los reactantes de fase aguda. Punción lumbar: Citología del líquido cefalorraquídeo (LCR) con escasos linfocitos, junto a elevación de proteínas y de glucosa. PCR del LCR: Positiva para VHZ. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal: Dilatación ventricular e infarto subagudo/crónico en lóbulo occipital derecho y cerebeloso inferior izquierdo. Resonancia magnética craneal: Lesiones multifocales en sustancia blanca bitemporal, sugestivas de encefalitis por VHZ, meningioma clival derecho y neurinoma del acústico izquierdo con degeneración quística. Diagnóstico diferencial. Encefalitis por VHZ. Neurinoma del acústico con degeneración quística. Reagudización de la hidrocefalia normotensiva.

Tratamiento y evolución: Aciclovir endovenoso, 14 días, con mejoría progresiva. Rehabilitación hospitalaria con recuperación funcional progresiva.

Conclusión: Ante un paciente con infección por VHZ debe tenerse en cuenta la posibilidad de complicaciones encefálicas, a pesar de que los antecedentes personales sugieran un origen distinto que explique la clínica neurológica.

Kawtar el Korchy Ben Amar

Contacte:
kaw_14294@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5540

La púrpura desde la Atención Primaria

Título: La púrpura desde Atención Primaria.

Palabras claves: Púrpura trombocitopénica inmune, plaquetas, púrpura.

Ámbito de caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Hombre de 75 años que acude a su centro de salud por la aparición de lesiones pigmentadas en la boca.

Antecedentes personales: Sin reacciones adversas a medicamentos. Hábitos tóxicos: Exfumador. Sin factores de riesgo cardiovascular. No tiene ningún tratamiento habitual. Situación basal: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja como albañil.

Enfermedad actual: El paciente acude porque presenta lesiones pigmentadas y sangrado en la mucosa oral y en otras partes del cuerpo. Sin fiebre. Niega hematuria u otro tipo de sangrado. También niega sufrir artromialgias, alguna infección, un proceso catarral durante los días previos o la ingesta de comidas o bebidas fuera de lo habitual.

Exploración física: Frecuencia cardiaca, 108 ppm; temperatura, 36,55 ºC, y tensión arterial, 165/87mmHg. Buen estado general, normohidratado y normocoloreación de piel y mucosas. Auscultación cardíaca: Rítmico sin soplos sobreañadidos. Neurologia: No se observa focalidad neurológica. Lesiones purpúricas no palpables en extremidades, glúteos y flictenas hemorrágicas en la mucosa oral.

Exploraciones complementarias: Analítica: Plaquetas disminuidas (2.000), sin ninguna otra alteración. Factores de coagulación dentro de la normalidad. Velocidad de sedimentación globular, anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) y anticuerpos antinucleares (ANA) negativos. Función renal y hepática dentro de la normalidad. Analítica de orina normal. Ecografía abdominal: Estudio dentro de la normalidad y se descarta esplenomegalia.

Diagnóstico diferencial: Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

Juicio clínico: Purpura trombocitopénica inmune.

Plan de actuación: Prednisona, a razón de 1 mg/kg/día.

Evolución: Se observa aumento de las plaquetas hasta 90.000. En ningún momento presenta sangrados externos.

Conclusión: La púrpuras pueden diagnosticarse desde el ámbito de Atención Primaria. Es importante tener en cuenta que los síntomas y signos clínicos son muy variables. El riesgo de hemorragia es el principal problema.

Open Acces creative commons

Mònica Moya Moreno
Nuria Mora Gilabert
Eva Pérez González

Contacte:
evaperez.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5541

Preguntem prou?

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Diarrea de 4 mesos d'evolució.

Història clínica: Pacient de 82 anys. Antecedents patològics: Arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular, hipertensió arterial, dislipèmia, diverticles intestinals, glaucoma, asma, esteatosi hepàtica i artrosi. Al·lèrgia a penicil·lina. En tractament habitual: Bromur tiotropi + formoterol + beclometasona, apixaban cada 12 h, losartan 100 mg, lormetazepam 2 mg, omeprazol 20 mg, simvastatina 20 mg i amiodarona 200 mg cada 24 h. La pacient inicia un quadre de diarrees sense productes patològics. Nega vòmits, febre ni altra clínica acompanyant. Sense antecedent de tractament amb antibiòtic ni ingrés recent. Ingressa a l'hospital per la mala evolució clínica, amb pèrdua de pes. Es detecta Clostridium difficile, rep tractament amb metronidazol. Reingressa per empitjorament i rep tractament amb fidaxomicina durant 10 dies. Tot i la milloria progressiva, la pacient encara refereix un augment del nombre de deposicions diàries. Pes estabilitzat. Colonoscòpia: Tot el tram d'exploració es troba dins de la normalitat, excepte per la presència d'alguns diverticles dispersos. Es prenen biòpsies esglaonades de còlon sense alteracions segons l'anatomia patològica. Interrogant novament la pacient, refereix que fins fa un mes bevia aigua d'un santuari proper (font molt popular per les suposades propietats curatives). Se sol·licita paràsits en femta: Són positius per a Aeromonas hydrophila. S'inicia tractament amb ciprofloxacina (segons antibiograma) i mesures higienicosanitàries, amb una millora progressiva del quadre. *A. hydrophila* és un eubacteri heteròtrof gramnegatiu. Viu principalment en zones amb un clima càlid. També pot viure en aigües dolces, salades i d'estuaris. Una bona anamnesi va ajudar finalment a diagnosticar l'origen de la patologia de la pacient, que va presentar un quadre de diarrees de més de 6 mesos d'evolució. La troballa de *C. difficile*, probablement un oportunista pel desequilibri de la flora intestinal que patia la pacient, va fer retardar el diagnòstic pel bacteri.

Mònica Moya Moreno
Nuria Mora Gilabert
Eva Pérez González

Contacte:
evaperez.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5542

Síndrome del cor trencat

Àmbit d'Atenció Primària.

Motius de consulta: Dolor 8/10 al centre toràcic, opressiu, sense irradiació, amb sudoració, sense mareig ni nàusees. No cedeix amb Cafinitrina® sublingual. Es remet a urgències de l'hospital de referència.

Història clínica: Dona de 72 anys amb hipertensió arterial mal controlada. Tractament: Enalapril 15-0-10 mg. Exploració física: Tensió arterial, 192/99 mmHg; freqüència cardíaca, 101 ppm; $SatO_2$, 99%. Electrocardiograma: Elevació ST a DI-aVL, DII-aVF, V2-V6, T hiperpicuda a precordials. S'activa codi IAM i s'inicia tractament amb àcid acetilsalicílic 300 + clopidogrel, perfusió de nitroglicerina i morfina. El cateterisme mostra artèries coronàries sanes i ventriculografia compatible amb la síndrome de tako-tsubo. Ingressa a la unitat coronària i es realitza V-scan: Confirma el diagnòstic previ i mostra hipocinèsia apical. L'analítica destaca la corba de troponina I positiva. Quan es dona l'alta, es recomana tractament amb Adiro® i bisoprolol. En el seguiment a cardiologia, es repeteix l'ecocardiograma i s'informa com a normal, es retira medicació i es dona d'alta. Actualment continua asimptomàtica.

Conclusions: En la síndrome de tako-tsubo, també coneguda com a síndrome del cor trencat, bombament apical o miocardiopatia d'estrès, el 85% dels casos reportats són dones postmenopàusiques, amb estrès emocional o físic sobtat i inesperat que causa un alliberament excessiu d'adrenalina. La nostra pacient, tot i que és una persona amb una personalitat nerviosa que a vegades ha requerit tractament ansiolític, no recorda el factor estressant. Es caracteritza per tenir una presentació similar a un infart agut de miocardi (IAM) amb danys miocardíacs transitoris. En el cas de la síndrome de tako-tsubo, les artèries coronàries no estan obstruïdes. No hi ha un tractament estàndard, però bàsicament és similar al d'un IAM fins a confirmar el diagnòstic. Normalment el tractament serà inhibidors de l'angiotensina, betablocadors o diürètics per recuperar la funció cardíaca, reduir l'estrès sobre el miocardi i disminuir l'excés de líquid que s'hagi pogut acumular. Un cop recuperat, no caldrà prendre medicació. Aproximadament el 2% dels casos de síndrome coronari agut corresponen a aquesta entitat.

Open Acces creative commons

Cohesión del equipo para la mejora del ambiente laboral

Esther Baena Escamilla
Judit Mas Soler
Elsida Maria Montaño Valdez

Contacte:
emontanovaldez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5543

En el marco de un equipo de Atención Primaria faltado históricamente de cohesión, con diferentes perfiles y una alta rotación de profesionales se consideró oportuno iniciar una serie de actividades para facilitar la cohesión del equipo.

Objetivo: Desarrollar la sincronización y cohesión del equipo.

Descripción de la experiencia: Proyecto longitudinal con el desarrollo de una serie de actividades. Actividad 1: Rol Play para conocer las funciones de diferentes estamentos. Formación de tres grupos para la exposición de un caso práctico de una situación cotidiana. Posteriormente se abrieron turnos de palabra para plantear si los demás lo gestionarían de forma diferente. Actividad 2: Construcción de una cabaña al aire libre, diseñada por un grupo de coaching certificado, con un objetivo en común, tareas y limitaciones para conseguir la coordinación e implicación de todos los participantes. Actividad 3: Promoción de un buzón de sugerencias interno. Se solicitó a todo el personal vía correo electrónico que hicieran propuestas de mejora del equipo. Tras la recogida de las sugerencias del equipo se eligieron las propuestas con al menos dos peticionarios y se discutieron en una reunión de equipo. Se diseñó una hoja de cálculo con propuestas de mejora, objetivos y responsables, y se acompañado de un cronograma. El documento se encuentra en continua actualización y se revisa cada 6 meses para su revaloración.

Conclusiones: Como resultado se observó que, si bien disponemos de un equipo funcional, tiene dificultades para romper las idiosincrasias propias de las diferentes identidades. Los resultados mejoraron cuando se dedicó tiempo y esfuerzo a una comunicación eficaz, y mejoró la implicación del equipo.

Aplicabilidad: Diferentes grupos de trabajo.

Importancia de las exploraciones básicas en la consulta de Atención Primaria

Taryn Moreno Maldonado
Ysbelka Pino Cordova
Elsida Maria Montaño Valdez

Contacte:
emontanovaldez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5544

Varón de 69 años que acude a un centro de Atención Primaria de ámbito rural.

En una revisión de control habitual se objetivó un soplo panfocal de predominio aórtico en un paciente asintomático.

Antecedentes: Hipertensión arterial. Diabetes mellitus 2.

Tratamiento: Diamicron® 60 mg 1-0-0, Eucreas® 50/1.000 mg 1-0-1, enalapril 5 mg 1-0-0.

Exploración: Consciente y orientado. Auscultación cardiaca: Ruidos regulares, soplo sistólico eyectivo que irradia a carótidas. Sin roces audibles. Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado, sin estertores audibles. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Sin ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. Sin edemas.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: Bradicardia sinusal a 58 ppm, eje QRS a-3o. Bigeminismo y extrasístoles ventriculares frecuentes, hipertrofia ventricular izquierda. Holter: Conducción A-V preservada, con extrasístoles ventriculares frecuentes. Ecocardiograma: Estenosis aórtica grave, función ventricular preservada. Ergometría clínicamente positiva para ángor y disnea. Espirometría: Capacidad vital forzada (FVC), 63%; volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), 68%. ECO-troncos arteriales supraaórticos (ECO-TSA): Sin alteraciones hemodinámicamente significativas. Cateterismo de arterias coronarias sin lesiones. Ante los hallazgos de soplo sistólico eyectivo se sospecha de estenosis aórtica; de acuerdo con el electrocardiograma se sospecha hipoxia cardíaca. Se solicitó un Holter y un ecocardiograma, y se derivó a cardiología. Tras la evaluación cardiológica se confirmó una estenosis aórtica grave y se decidió que eera tributario de intervención quirúrgica electiva para la colocación de válvula protésica mecánica.

Conclusiones: Este caso clínico muestra la importancia de las exploraciones físicas básicas, como la auscultación para la detección de enfermedades asintomáticas, con un coste mínimo en la atención y un beneficio extraordinario para el paciente.

Open Acces creative commons

Incidència i mortalitat per infart agut de miocardi segons el sexe

Àngel Vila Córcoles
Eva Satué Gracia
Dídac Prieto Balazote
María José Forcadell Peris
Cinta de Diego Cabanes
Juan José Cabré Vila

Contacte:
maijof@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5545

Objectiu: Analitzar diferències en la incidència i la mortalitat, segons el sexe, en pacients amb infart agut de miocardi (IAM).

Material i mètodes: Estudi de cohorts prospectiu, poblacional, que inclou 27.204 persones. Han participat nou àrees bàsiques de salut (ABS) d'una comarca i els seus dos hospitals de referència. S'han seleccionat a partir del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) els pacients majors de 60 anys amb diagnòstic a l'alta hospitalària d'IAM, durant un període de 3 anys. S'han inclòs exclusivament episodis amb diagnòstic validat després de la revisió de la història clínica, excloent els casos sense confirmació diagnòstica mitjançant criteris electrocardiogràfics i biomarcadors. La variable principal ha estat l'ocurrència d'un episodi d'IAM, i és la covariable principal el sexe. S'han estimat taxes d'incidència (100.000 persones/any), mortalitat i intervals de confiança (IC) al 95%. S'ha realitzat una anàlisi multivariant mitjançant regressió de Cox, amb càlcul de l'hazard ratio (HR) per estimar l'associació entre sexe i temps fins el primer esdeveniment. Nivell de significació estadística per $p < 0,05$ (bilateral). Autoritzat pel comitè d'ètica i d'investigació de l'institut universitari d'investigació en Atenció Primària Jordi Gol (P16/084).

Resultats: La incidència global ha estat de 475 episodis/100.000 persones/any (IC 95%: 428-527) i ha estat més del doble al sexe masculí (681/100.000 persones/any [IC 95%: 593-769]) que al femení (311/100.000 persones/any [IC 95%: 257-364]) $p < 0,001$. La mortalitat va ser lleugerament superior en dones que homes (16% versus 14,9%, $p = 0,776$). En l'anàlisi multivariant, el sexe masculí es va associar de forma significativa a un major risc d'IAM (HR = 1,89; IC 95%: 1,50-2,38).

Conclusions: En el nostre estudi, els homes tenen 2,2 vegades més incidència d'IAM que les dones, mentre que aquestes presenten una mortalitat lleugerament superior. Cal destacar que el sexe és un factor de risc d'IAM no modificable. Possiblement, les diferències biològiques de cada sexe, la presentació clínica diferent i els mecanismes fisiopatològics poden explicar les diferències i, en el cas de les dones, endarrerir-ne el diagnòstic, fet que empitjoraria el pronòstic.

Dona que ensopega

Juan Ignacio Sáenz Hernaiz
Estel Fauria Bayo

Contacte:
efauria@ssibe.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5546

Dona que ensopega.

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Debilitat de l'extremitat inferior dreta (EID), inestabilitat en la bipedestació i en la marxa. Dona de 75 anys diagnosticada d'esclerosi múltiple (EM) remitent recurrent l'any 1997. Consulta per debilitat a l'EID, dificultat en la marxa i en la bipedestació, ensopegades amb caigudes des de la seva alçada i parestèsia del genoll dret. Sis mesos d'evolució. Es troba anímicament inestable. Incontinència urinària recent.

Antecedents personals: Dislipèmia. Hipertensió arterial. Cardiopatia hipertensiva EM: Tractament amb interferó B1. Dos brots: Lhermitte (2002) i oftalmoplegia internuclear (2010).

Antecedents familiars: Mort d'una filla per EM el gener del 2019.

Exploració: Sense signe de Lhermitte. Visual: Ull dret 0,4; esquerre 0,5; campimetria normal. Tronc: Parells cranials normals. Extremitats superiors: Força i sensibilitat conservades, hipopal·lestèsia bilateral. Extremitats inferiors: Paraparèsia psoas 4+/5, sensibilitat conservada, apal·lestèsia, reflexes osteotendinosos simètrics, reflex cutaneoplantar extensor dret, flexor esquerre. Cerebel: Sense dismetries, signe de Romberg negatiu. Marxa: Amb lentitud i amb augment de la base de sustentació. Tàndem impossible. Esfínters: Incontinència urinària. Cerebral: Inatenció, fàcil distracció.

Proves complementàries: Ressonància magnètica cerebral: Càrrega lesional alta que afecta a ambdós hemisferis cerebrals, sense evidència de lesions noves. Sense signes d'activitat inflamatòria.

Diagnòstic diferencial: BROT versus EM secundàriament progressiva.

Tractament i plans d'actuació: Seguir amb interferó B1, afegir corticoides per via oral. Sol·licitar ressonància magnètica de la medul·la espinal.

Evolució: No hi ha millora amb els corticoides per via oral. Ressonància magnètica medul·lar sense activitat inflamatòria, i sense noves lesions.

Judici clínic final: Esclerosi múltiple secundàriament progressiva.

Conclusions: A la consulta del metge de família poden consultar pacients ja diagnosticats de malalties complexes com l'EM, que informen d'una simptomatologia que ens ha de fer estar alerta sobre una evolució desfavorable.

Open Acces creative commons

Celonia Moriana de la Olla
María Ángeles Alguacil Rodríguez
María López Moreno

Contacte:
moremalopez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5548

Com treure l'angoixa. Angoixant amb el diagnòstic?

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Molèsties genitourinàries.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Trastorn personalitat mixt i somatització; anorèxia nerviosa; abús sexual; maltractament; còlon irritable, i microhematúria. Anamnesi: Dona de 45 anys, des de l'adolescència presenta clínica genitourinària inespecífica. N'ha realitzat múltiples consultes que els darrers 3 anys s'han incrementat amb detecció de microhematúria persistent.

Proves: Analítiques, orina, urinocultius (negatius). Ecografia urologicoabdominal (normal).

Enfocament familiar i comunitari: Greus problemes per la interacció social, seguiment a psiquiatria, psicologia i serveis socials de forma freqüent des de fa anys. Casada i un fill.

Judici clínic i identificació de problemes: Pel transfons del diagnòstic psicopatològic que presenta, la fixació amb la simptomatologia genitourinària inespecífica i per l'absència de causes etiològiques orgàniques s'atribueixen les diverses consultes al seu trastorn, per somatització. Cada vegada el seu deteriorament biopsicosocial és major. En una de les consultes es considera tributària de tomografia axial computada (TAC) abdominal per descartar patologia agregada i pels efectes tranquil·litzadors de l'angoixa creixent que presenta en un context molèsties abdominals generals.

Problema principal: Atribuir el motiu de consulta a un transfons psicopatològic de probable somatització clínica.

Plans d'actuació: Reforç psicològic i TAC.

Evolució: El TAC mostra disrafisme ossi ocult, patologia caracteritzada per la fusió incompleta del tub neural en què la lesió es troba coberta per pell, sense observar-se exposició, i produeix la síndrome de medul·la ancorada (dany progressiu del segment inferior de la medul·la espinal, que es manifesta en la majoria dels casos amb alteracions sensitives i motores, i en un 20% de casos amb bufeta neurògena, enuresi o infeccions urinàries de repetició).

Conclusions: Quan la patologia s'amaga més enllà de l'evidència i la psicopatologia del malalt porta a diagnòstics inversemblants, hem de reflexionar i plantejar l'abordatge amb una perspectiva més amplia.

María López Moreno
Francesc Xavier Cantero Gómez
Celonia Moriana de la Olla
María Homs Riba
María Ángeles Alguacil Rodríguez

Contacte:
malguacilrodriguez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5549

Utilidad del parámetro FIB-4 en la población atendida en Atención Primaria con afectación hepática inespecífica

Estimar el grado de fibrosis mediante el parámetro FIB-4 en pacientes diagnosticados de afectación hepática inespecífica.

Estudio descriptivo transversal del FIB-4 de la población atendida en ocho centros de Atención Primaria diagnosticados de cirrosis hepáticas inespecíficas (K74.6), otras enfermedades especificadas del hígado (K76), hepatopatía inflamatoria (K75.9) y fallo hepático (K72.9).

Variable cuantitativa: FIB-4, y cualitativas: Diagnóstico y grado de fibrosis. El valor FIB-4 se obtuvo a través de una fórmula que incluía edad, alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST) y plaquetas.

Para estimar el grado de fibrosis se consideraron valores FIB-4 <1,30 (ausencia de fibrosis, F0-F1), FIB-4 entre 1,30 y 2,67 (fibrosis indeterminada, F2) y FIB-4 >2,67 (fibrosis avanzada, F3-F4).

Extracción anónima a partir de sistemas de información de las variables diagnóstico, edad, ALT, AST y plaquetas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS®.

Se calculó el FIB-4 en 646 pacientes con diagnósticos de afectación hepática inespecífica. En 369 (57,1%) se estimó un grado F0-F1, en 210 (32,5%), una fibrosis F2 y en 67, F3-F4.

Según el diagnóstico, 614 pacientes tenían K76.0: En 357 (58,1%) se estimó una F0-F1, en 201 (32,7%), F2 y en 56 (9,1%), F3-F4.

De los 17 pacientes con K74.6, en 4 (23,5%) se estimó una F0-F1, en 6 (35,3%), una F2 y en 7 (41,2%) una F3-F4. De los 9 K75.9, en 6 (66,7%) se estimó fibrosis F0-F1, en 2, F2 y en 1, F3-F4. De los 6 pacientes con K72.9, en 2 (33,3%) se estimó una fibrosis F0-F1, en 1 (16,7%), F2-F3 y en 3 (50%), F3-F4.

Estimamos que más de la mitad de los pacientes con afectación hepática inespecífica tienen fibrosis intermedia/avanzada, aunque es necesario valorar clínicamente y revisar la historia clínica de estos pacientes. El parámetro FIB-4 puede ser útil en Atención Primaria para catalogar el grado de fibrosis en pacientes con afectaciones hepáticas inespecíficas.

Open Acces creative commons

Taller activa't. Guanyem força i equilibri

Maria Isabel Vidal Galiano
Gisela Sanz Aguado
Marc Parramon Núñez
Marta Masagué Aguadé

Contacte:
mmasague.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5553

Experiència comunitària: Taller Activa't: Guanyem força i equilibri. De la recerca a la implementació comunitària i el seu impacte.

Objectiu: Fomentar l'exercici físic en grup i en les activitats de la vida diària en les persones grans, afavorint, així, la cohesió social i la coordinació dels recursos de la comunitat. Valorar l'impacte del programa Otago en persones d'entre 70 i 85 anys, sol·licitat mitjançant partir una taula comunitària de salut.

Descripció: El programa d'exercicis Otago està dissenyat per prevenir caigudes tot millorant la força i l'equilibri. La intervenció és grupal, en cinc sessions (inicial i 2, 4, 8 i 12 setmanes després) al casal d'avis o centre cívic de la comunitat, amb un màxim de 12 participants. Se n'han planificat dues edicions: Abril (ja finalitzada quan es redacta aquest informe) i octubre de 2019 (en desenvolupament durant la redacció). L'impacte del programa es valora preintervenció i postintervenció, segons les variables de sexe, edat, nombre de caigudes, autonomia (índex de Barthel i escala de Lawton), grau de fragilitat (mitjançant el Short Physical Performance Battery, [SPPB]), dolor (escala visual analògica [EVA]). Després de 6 mesos es realitza una sessió d'avaluació i de reforç dels exercicis. L'avaluació de la primera edició s'havia de realitzar a mitjan del mes d'octubre.

Conclusions: La demanda comunitària d'implantació de tallers d'exercici físic Otago en persones grans ha sorgit a partir del Diagnòstic de Salut Comunitari, elaborat amb un mètode participatiu d'entitats, associacions i de la ciutadania, i de l'experiència prèvia de recerca existent en l'equipo d'Atenció Primària. Els resultats preliminars d'adherència obtinguts mostren la rellevància d'implementar programes sorgits a partir de processos de presa de decisions de la ciutadania que donen resposta a les necessitats expressades.

Aplicabilitat: A la nostra àrea bàsica de salut, on els índexs de dependència senil, envelliment i sobreenvelliment sobrepassen els valors de la regió sanitària, creiem que és fonamental la realització de programes adreçats a aquesta població per fomentar un envelliment saludable. L'aplicabilitat d'aquests programes queda reforçada pel seu baix cost i per la seva reproductibilitat.

Doctora, ¡tengo las piernas infladas!

Emma Magraner Oliver
Laia Gené Huguet

Contacte:
lgene@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5554

Àmbit del cas: Atenció Primària i urgències.

Motiu de consulta: Edemes a ambdues extremitats inferiors (EI) de 4 hores d'evolució. Caiguda en paracaigudes fa 2 dies. Sense cap altra simptomatologia acompanyant.

Història clínica: Antecedents personals: Home de 40 anys sense antecedents patològics d'interès. No és fumador.

Exploració física: Edema a ambdues EI amb perímetre augmentat i cianosi, sense fòvea, polsos pedis presents. Dolor a la flexió d'ambdós genolls, coloració més cianòtica a EI a partir del terç superior de cuixa.

Proves complementàries: Analítica: Dímer D, 1125,9 ng/ml, creatinina cinasa (CK) 428 U/l, PCR 21 mg/l. Ecografia Doppler: Trombosi d'ambdues EI, que afectava la vena cava inferior distal, a nivell de la bifurcació ilíaca, venes ilíaques primitives, ilíaques externes, femorals comuns i superficials, i poplíties, així com a la crossa de la safena major d'ambdós costats, tot i que en porcions més distals era permeable.

Diagnòstic diferencial: En una trombosis venosa profunda bilateral cal descartar principalment l'etiologia oncològica, autoimmune, una cirurgia recent, policitèmia vera, antecedent de fractura i malformacions congènites.

Tractament: Ingrés a cirurgia vascular. La tomografia axial computada (TAC) toracoabdominal descarta tromboembolisme pulmonar i diagnostica agenèsia de la cava inferior des del nivell posthepàtic fins a les ilíaques (alteració congènita) i retorn venós a través de plexes lumbars vicariants, per presència del sistema àzig-hemiàzig dilatat.

Evolució: Actualment es troba en seguiment a cirurgia vascular. En tractament anticoagulant i repòs al llit. S'espera la creació de circulació colateral compensatòria per disminuir la tensió en ambdues EI.

Conclusions: A l'Atenció Primària cal tenir en compte, tot i la baixa prevalença, l'agenèsia de la vena cava inferior, ja que es tracta d'un factor de risc de trombosi venosa profunda en pacients joves. És raonable realitzar exploracions complementàries en aquests casos.

Open Acces creative commons

A propósito de un caso clínico

Anna Aguilar Margalejo
Míriam Llano Izquierdo
Daniel Repullo Merchán

Contacte:
drmerchan@live.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5555

Mujer de 57 años, natural de Marruecos, sin hábitos tóxicos y antecedentes de hipertensión arterial, neoplasia de mama y gastritis crónica atrófica.

Consulta por acolia de 3 meses de evolución y epigastralgia que persiste tras erradicación de Helicobacter pylori. Al ser reinterrogada refiere probable pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses.

Exploración física, incluida la abdominal, anodina.

Se solicita ecografía y analítica urgente. Destaca colestasis con elevación de gammaglutamil transpeptidasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA) y elevación de enzimas de citólisis.

Ante esta situación clínica se deberían plantear las siguientes etiologías como diagnóstico diferencial: Etiología alcohólica, tóxica. CBP, colangitis esclerosante primaria (CEP), colestasis benigna y coledocolitiasis, que no cursan con síndrome tóxico. Pancreatitis y hepatitis víricas, descartadas por la no elevación de las amilasas y por las serologías negativas. Estenosis biliar posquirúrgica y rechazo de injerto, descartados por los antecedentes. Otros diagnósticos menos probables son la enfermedad de Hodgkin, protoporfiria, amiloidosis, déficit de α-1-antitripsina y parasitosis. Tumores benignos y malignos de vía biliar, neoplasia primaria o metástasis hepáticas. Cáncer de páncreas.

Tras acudir nuevamente a la consulta para conocer los resultados, la paciente refiere aparición de ictericia. Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con hallazgo de neoplasia de páncreas.

El cáncer de páncreas es uno de los tumores más agresivos del tracto digestivo, ya que su diagnóstico suele ser tardío. Destaca el adenocarcinoma de cabeza de páncreas (70% de los casos), con una mayor prevalencia en hombres entre 60 y 79 años. Los factores de riesgo más importantes son el tabaco y la pancreatitis crónica.

A pesar de que se trata de un tumor infrecuente (2,1% de todos los tumores) y que nuestra paciente no presenta ninguno de los factores de riesgo, es una entidad de obligatoria exclusión por los síntomas que presentaba: Dolor epigástrico, pérdida de peso e ictericia.

Consulta electrònica. Estratègies d'adopció, usos i horitzons

Noemi Garcia Planas
Lidia Pallisa Gabriel
Silvia Porcar León
Josep Maria Vilaseca Llobet
Núria Gimferrer Artigas
Mireia Sans Corrales

Contacte:
misans@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5556

Objectius: Una de les grans preocupacions i reptes del sistema sanitari és l'accessibilitat als serveis de salut. Els serveis de consulta electrònica, e-consulta, ofereixen una nova via d'atenció i d'accessibilitat. Cal analitzar les barreres en l'ús de l'e-consulta entre metges, infermeres i pacients d'Atenció Primària (AP) i proposar oportunitats de millora.

Mètode: Estudi qualitatiu amb grups focals i entrevistes semiestructurades en un equip d'AP. Les sessions amb metges família i infermeria consistien en 90 minuts estructurats en divuit preguntes al voltant de quatre eixos: Adopció i ús de l'e-consulta, el seu impacte en l'activitat, l'experiència dels pacients i horitzons. Per als pacients, entrevista semiestructurada de 90 minuts en vuit blocs d'1 a 3 preguntes cadascun i amb els mateixos eixos.

Resultats: La majoria dels professionals utilitzen l'e-consulta dins l'horari laboral i estan satisfets en el seu ús, malgrat la dificultat inicial d'accés al servei. L'alta requereix temps professional i tenir unes mínimes habilitats digitals. Malgrat que el públic nadiu digital seria el candidat ideal, no s'observa cap patró d'ús en funció de l'edat i sí que s'evidencien usuaris satisfets en totes les franges d'edat. L'estalvi de desplaçaments i de temps permet al professional disposar de més temps per atendre pacients complexos presencialment. Realitzar consultes des de qualsevol dispositiu i en qualsevol moment es valora positivament. Es considera que les 48 hores de resposta són un termini acceptable. L'e-consulta permet fer el seguiment de patologies cròniques, donar resultats normals, ampliar informació d'educació sanitària i pot augmentar l'accessibilitat al professional dels pacients domiciliaris. Els pacients estan satisfets perquè tenen un altre canal de comunicació, més accessible i que evita desplaçaments, cobreix les seves necessitats i complementa la visita presencial.

Conclusions: L'e-consulta és un servei d'atenció no presencial i asincrònic, integrat a la història clínica electrònica, que pot complementar la visita presencial i facilita l'accessibilitat al professional de la salut.

Open Acces creative commons

Georgina Culubret Valls
Nuria Arcusa Villacampa
Nagore Txertudi Uriona

Contacte:
nagore.t91@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5558

Penfigoide ampolloso por vildagliptina

Motivo de consulta: Paciente de 77 años que acude a su centro de Atención Primaria por prurito y lesiones eritematosas en piel.

Historia clínica: Antecedentes: Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, gota. Tratamiento: Simvastatina 20 mg/d, enalapril 20 mg/d, metformina y vildagliptina, iniciada en octubre 2017. Anamnesis: El paciente explica que 1 año después de iniciar vildagliptina comenzó prurito cutáneo y lesiones eritematosas. Posteriormente presentaba ampollas tensas múltiples de contenido serosos sin compromiso mucoso, por lo que con sospecha de penfigoide se derivó a dermatología. Exploración: En la consulta inicial, lesiones eritematosas inespecíficas. Posteriormente, lesiones erosivas en muslos en vías de cicatrización, menos en manos, cara y abdomen. Sin ampollas tensas.

Pruebas complementarias: Biopsia inicial: Hallazgos inespecíficos de dermatosis espongiótica leve. Biopsia en julio de 2019: Ampolla subepidérmica con abundantes eosinófilos, compatible con penfigoide. Biopsia en fresco para inmunofluorescencia directa (agosto 2019): Depósitos lineales de inmunoglobulina G y C3 a lo largo de la membrana basal. Analítica con anticuerpos: Positivos para anticuerpos anti membrana basal epitelial.

Juicio clínico: Penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial: En la fase no ampollosa, los signos y síntomas suelen ser inespecíficos. En ocasiones con prurito de leve a intenso, acompañado o no de máculas eritematosas, pápulas urticariformes o placas de borde irregular, similares a las del eritema multiforme.

Tratamiento: Dacortín® 60 mg/d, pauta descendente y Clovate®. Se suspendió la vildagiptina.

Evolución y conclusiones: Actualmente, los casos de penfigoide han aumentado. En las fases iniciales la sintomatología puede ser inespecífica. Frecuentemente se ve relacionado con fármacos. Esta reacción adversa está recogida en las fichas técnicas de las gliptinas, y se recomienda la suspensión en caso de sospecha de penfigoide. A pesar de considerarse tradicionalmente de curso benigno, tiene complicaciones potencialmente graves, como infección y sepsis, en lesiones en fase de reepitelización y por exposición de una gran parte de la superficie corporal.

Francisco José Chamorro Martín
Cinta Elvira Estrada Alifonso
Alejandro Alvarado Sagué

Contacte:
alexalvarado94@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5559

Disfàgia extrínseca. Bones notícies?

Introducció: La disfàgia és una malaltia relativament freqüent a l'Atenció Primària. La seva prevalença augmenta amb l'edat i en presència de patologies neurològiques. Existeixen tres tipus de disfàgia: Orofaríngea, esofàgica i funcional. L'etiologia de les tres és molt variada. És un signe d'alarma important i cal fer un estudi intensiu.

Motiu de consulta: Dificultat per empassar.

Antecedents: Tos i odinofàgia d'anys d'evolució, estudiades per pneumologia amb proves complementàries anodines.

Malaltia actual: Dona de 64 anys procedent d'Equador que presenta odinofàgia i dificultat a l'empassar líquids i sòlids de mesos d'evolució, amb empitjorament l'últim mes.

Exploració física: Dolor a la palpació de l'estèrnum. Sense goll ni adenopaties.

Proves complementàries: Trànsit esofagogastroduodenal: Goll intratoràcic/nòdul tiroidal. Tomografia axial computada (TAC): Probable engruiximent mucós esofàgic i massa retrotraqueal i paraesofàgica dreta d'aspecte maligne i agressiu. Eco-endoscòpia: Lesió sòlida mediastínica, comportament malformatiu en contacte íntim amb la pleura. Infiltració jugular i caròtida dretes. Adenopaties inflamatòries. Punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) del mediastí: Malaltia granulomatosa amb cèl·lules gegants i necrosi. Enzimoimmunoassaig tuberculosi, interferó gamma: Positiu

Desenvolupament.

Diagnòstic diferencial: Goll. Neoplàsies de cap, coll i esòfag, pulmonars i limfomes. Malalties neuromusculars. Cossos estranys. Tuberculosi ganglionar.

Judici clínic: Tuberculosi ganglionar.

Conclusions: La tuberculosi és la infecció amb major prevalença mundial. El pulmó és l'òrgan més afectat, però qualsevol altre òrgan pot ser-ho. La tuberculosi ganglionar és la tercera forma de presentació més freqüent. En localització mediastínica pot presentar-se com disfàgia, perforació esofàgica, paràlisi de cordes vocals, etc. Per aquest motiu, hauria de ser un dels diagnòstics diferencials a tenir en compte. Una bona anamnesi pot ajudar. Aquesta pacient va tenir un contacte amb la tuberculosi fa 10 anys.

Open Acces creative commons

Una intervenció nutricional en Atenció Primària incrementa l'adherència a la dieta mediterrània

Rosa Maria Valls-Zamora
Mar Sorlí-Aguilar
Patricia Salamanca-Gonzalez
Meritxell Pallejà-Millán
Francisco Martín-Luján
Roxana Elena Catalin

Contacte:
medistar.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5560

Introducció: Diversos estudis han demostrat l'associació entre la funció pulmonar i alguns patrons dietètics. En canvi, no hi ha prou evidència que un augment en l'adherència a la dieta mediterrània (ADMed) pugui impactar sobre la funció pulmonar.

Objectiu: Avaluar l'efecte sobre la funció respiratòria d'una intervenció nutricional en Atenció Primària dissenyada per augmentar l'ADMed.

Metodologia: Assaig clínic aleatoritzat i controlat [ClinicalTrials.gov NCT02153047] en subjectes fumadors sense antecedents de patologia respiratòria prèvia i atesos en cinc centres d'Atenció Primària. Es van incloure participants d'entre 35 i 70 anys, que es van aleatoritzar (1:1) a grup de control o a un d'intervenció. Es realitzà una intervenció de dos anys de duració d'educació dietètica administrada per dietistes-nutricionistes, amb reforç telefònic i de material informatiu accessible per la web (blog dissenyat ad hoc). Es van recollir dades de l'ADMed amb un qüestionari validat de 14 punts. S'avaluà la funció respiratòria amb espirometria forçada. L'anàlisi estadística es va fer amb regressió logística.

Resultats: S'avaluaren 77 participants, de 53,4 anys ±9,6; el 71,4% foren dones. El consum era de 7,58 cigarretes/dia ±17,6, i l'acumulat era de 13,7 paquets/any ±17,6. La puntuació a l'ADMed globalment va ser de 8,3 punts ±1,9, sense diferències significatives entre els grups. Un 14,9% dels individus presentava alteració pulmonar. L'anàlisi multivariant no va mostrar diferències respecte a les variables relacionades amb la funció pulmonar, però es va observar un increment significatiu en la puntuació de l'ADMed del grup d'intervenció respecte al de control (β: 1,36; IC 95%: 0,512,68; p = 0,01), que es va mantenir en ajustar per altres variables de confusió al model multivariant (β: 1,20; IC 95%: 0,06 2,33; p = 0,04).

Conclusions: La intervenció dietètica estudiada és efectiva per incrementar l'ADMed en aquesta població. Es necessari ampliar els estudis d'intervenció per demostrar també la seva relació amb la funció pulmonar.

Pemfigoide ampul·lar per linagliptina

Francesca Corella Vicente
Maria Antònia Pol Reyes
August Figueras Verdera

Contacte:
august.figueras@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5561

Àmbit: Atenció Primària.

Motius de consulta: Lesió cutània ampul·lar.

Història clínica: Dona de 97 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis mellitus de tipus 2 i malaltia renal crònica, en tractament amb linagliptina i valsartan/hidroclorotiazida. Consulta per aparició inicial de lesions ampul·lars a les cames i l'abdomen. Posteriorment apareixen butllofes gegants a la regió escapular i a la cuixa, amb signes de sobreinfecció. S'inicia antibioteràpia oral amb amoxicil·lina/clavulànic i es realitzen fotografies per comentar amb l'equip de dermatologia.

Enfocament familiar i comunitari: Pacient molt fràgil, que conviu amb la filla i el gendre, en un programa d'atenció domiciliària. Es va optar per la consulta telemàtica a dermatologia i cures domiciliàries per infermeria.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Dermatologia va orientar com a pemfigoide ampul·lar (PA), probablement secundari a linagliptina. El PA afecta principalment a persones grans. És una malaltia cutània autoinmune adquirida, caracteritzada per la producció d'anticossos de tipus immunoglobulina G (IgG) contra proteïnes hemidesmosòmiques de la membrana basal epidèrmica. Es manifesta amb l'aparició de butllofes cutànies subepidèrmiques pruriginoses. S'associa a malalties neurodegeneratives, psiquiàtriques, enllitament i alguns fàrmacs, com antibiòtics, espironolactona, furosemida i inhibidors de la dipeptidil peptidasa IV (iDPP4). El diagnòstic diferencial es realitza amb la resta de malalties ampul·lars (pèmfig vulgar, pèmfig foliaci, malaltia IgA lineal i dermatitis herpetiforme). La sospita clínica es confirma amb biòpsia cutània. El tractament habitual consisteix a evitar la causa desencadenant, si existeix, i corticoesteroides orals/tòpics.

Tractament: Es retirà la linagliptina, completà l'antibioticoteràpia i seguí les cures d'infermeria, afegint corticoesteroides tòpics.

Evolució: Després de dues setmanes van deixar d'aparèixer noves lesions i les existents van millorar fins a desaparèixer.

Conclusions: Si apareixen lesions ampul·lars en pacients d'edat avançada quan s'introdueix una gliptina, cal pensar en el pemfigoide ampul·lar, retirar el fàrmac, iniciar el tractament i valorar la derivació per realitzar biòpsia.

Open Acces creative commons

Toxicodèrmia per hidroclorotiazida

Francesca Corella Vicente
Maria Teresa Tomàs Bertran
August Figueras Verdera

Contacte:
august.figueras@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5562

Àmbit: Atenció Primària.

Motius de consulta: Lesió cutània pruriginosa.

Història clínica: Home de 84 anys amb antecedents d'enolisme, hipertensió arterial i dislipèmia en tractament amb manidipina i enalapril/hidroclorotiazida. Consultà per lesions confluents eritematoses, sobreelevades i liquenificades, molt pruriginoses, al clatell i al dors de les mans. S'inicià tractament com a probable neurodermatitis, amb cetirizina oral i aceponat de metilprednisolona tòpica amb millora clínica, però una setmana després va empitjorar i les lesions es van estendre als braços. Es realitzà consulta telemàtica a dermatologia, que va orientar el quadre com a toxicodèrmia per hidroclorotiazida i n'aconsellà la retirada.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Les toxicodèrmies són manifestacions cutaneomucoses provocades per fàrmacs. La majoria no tenen com a intermediaris mecanismes immunològics i són més freqüents en els ancians polimedicats. Com a factors predisponents s'han descrit factors genètics, el sexe, la dosi, la via d'administració, antecedents i factors ambientals, com ara l'exposició solar, que pot desencadenar o empitjorar la clínica. Qualsevol fàrmac pot provocar-ne, però entre els més freqüents trobem penicil·lines, tiazides, antiepilèptics, antiinflamatoris no esteroidals i al·lopurinol. El diagnòstic diferencial es realitza tenint en compte el patró cutani: Urticària, butllofes, pústules i exantemes (infecciosos i autoimmunitaris).

Tractament: Es va mantenir el tractament amb antihistamínic oral y corticoesteroide tòpic i es va retirar la hidroclorotiazida. S'ajustà el tractament antihipertensiu i s'afegí fotoprotecció solar.

Evolució: Després de la retirada de la hidroclorotiazida, el quadre es va resoldre en un parell de setmanes. Actualment el pacient està asimptomàtic.

Conclusions: Davant de tota reacció cutània, especialment si és inespecífica, quan es produeix en la població anciana en àrees fotoexposades, hem de pensar en la possibilitat d'una toxicodèrmia i revisar detalladament la medicació del pacient per detectar possibles fàrmacs causants. Les manifestacions cutànies solen ser inespecífiques i el fàrmac causant sol haver estat introduït recentment, tot i que també pot haver-hi latència d'anys, com en el nostre cas.

Prevalença de les comorbiditats de la malaltia pulmonar obstructiva crònica segons el grau d'obstrucció de la malaltia

Maria José García Serrano
Verónica Venteo Alcón
Olman Noé Arteaga Galo
Maria Pilar Ibáñez Pedrós
Maria Homs Riba
Karina Guzmán Cabrera

Contacte:
kguzman.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5563

Objectiu: Definir la prevalença de les comorbiditats de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) segons el grau d'obstrucció de la malaltia

Pacients i mètodes: Estudi descriptiu transversal dels pacients atesos a un centre d'Atenció Primària (CAP) urbà amb diagnòstic d'MPOC i historia clínica completa (edat, sexe, índex de massa corporal [IMC], saturació d'oxigen, grau d'obstrucció segons l'escala GOLD, índex de comorbiditat de Charlson i diagnòstics concomitants), revisats entre juny i setembre del 2019. Es realitza extracció anònima d'ECAP i anàlisi bivariades de les variables.

Resultats: De 151 pacients amb MPOC, un 81,5% eren homes, amb una edat mitjana 69,6 anys. Un 64,9% eren exfumadors i un 35,1% fumadors. L'IMC mitjà era de 27,6 i la mitjana de saturació d'oxigen del 96%. Un 60,9% tenia un grau d'obstrucció d'estadi 2. Més de la meitat dels pacients (68,2%) tenien un índex de comorbiditat de Charlson igual a 3. Aquest índex no es va correlacionar amb el grau d'obstrucció. Els pacients amb major grau d'obstrucció tenien més edat ($p < 0,01$) i un IMC inferior ($p = 0,03$). La saturació d'oxigen és significativament menor en pacients amb un major grau d'obstrucció ($p < 0,01$). Els diagnòstics concomitants més prevalents eren la hipertensió arterial (56,3%), la hipercolesterolèmia (55%) i la síndrome metabòlica (55%). També es va detectar diabetis mellitus en un 29,8%, arteriopatia perifèrica en un 8,6% i cardiopatia isquèmica en un 4,6%. En tots els diagnòstics concomitants, el grau d'obstrucció majoritari era 2, sense detectar-se diferències significatives entre els tipus de diagnòstics i el grau d'obstrucció.

Conclusió: Tot i que en aquest estudi no han quedat equitativament representats tots els graus d'obstrucció, demostra que la majoria de pacients amb MPOC visitats a l'Atenció Primària tenen comorbiditats. Per tant l'abordatge i el maneig de aquests pacients pot ser més complex que el d'altres pacients sense MPOC.

Open Acces creative commons

Impacte d'un programa d'exercici físic en dones musulmanes

Carmen Álvarez Sánchez
Griselda Trullas Ortiz
Anissa Lamzabi Bou
Alícia Villanueva Hernández

Contacte:
alivillanueva@camfic.org

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5564

Objectius: Apropar el benefici de l'exercici físic a un col·lectiu de dones musulmanes. Determinar l'impacte de l'exercici físic en la salut física i mental d'aquest grup de dones. Promoure la integració social de les dones musulmanes a través de l'esport.

Descripció de l'experiència: Vam crear un grup de dones musulmanes voluntàries en el nostre centre d'Atenció Primària per realitzar exercici físic dins del Pla d'Activitat Física Esport i Salut (PAFES) supervisat per una monitora, prèvia signatura del consentiment informat de les participants. L'experiència va durar des del setembre de 2018 fins al maig de 2019. La mostra inicial va ser de 19 dones entre 20 i 70 anys d'edat. A l'inici i al final del programa es van mesurar les variables: Índex de massa corporal, tensió arterial, perímetre abdominal i cintura. També van contestar el qüestionari validat de qualitat de vida relacionada amb la salut (QS SF-36, versió 2) administrat abans de començar el programa d'activitat física i al finalitzar-lo. El programa va consistir en la realització de dues hores setmanals d'activitat física durant 8 mesos.

Conclusions: De les 19 dones que van iniciar l'experiència, en van acabar el programa d'activitat física 17. Van omplir el QS SF-36 al final del programa 8 dones. Les dones van millorar la seva funció física, la sensació de vitalitat, el dolor i la seva salut en general. Van presentar disminució del pes i reducció de les xifres de tensió arterial.

Aplicabilitat: La pràctica d'exercici físic per part de dones musulmanes, en grup, ha suposat acostar-los l'esport i gaudir dels seus beneficis a nivell físic i mental, conèixer el seu cos, aconseguir més autonomia, compartir experiències i millorar la seva autoestima i, en conjunt, la seva qualitat de vida.

Tos persistent en pacient d'edat avançada

Marta Pedrol Llirinós
Clara Sabatés Coll
Marc Jiménez Gallofré

Contacte:
mjgallofre@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5565

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Tos.

Antecedents patològics: Hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, polimiàlgia reumàtica, obesitat, tendinopatia crònica del supraespinós dret.

Tractament: Valsartan, amlodipina, simvastatina, ezetimiba, paracetamol.

Anamnesi: Pacient de 77 anys que consulta per tos no productiva de 3 mesos d'evolució que s'inicia després de quadre catarral. Raspera, sense dispnea ni dolor toràcic ni costal; sense clínica de reflux ni febre. Ha realitzat tractament simptomàtic i amb inhibidors de la bomba de protons (IBP) sense millora.

Judici clínic: En el cas d'una pacient d'edat avançada amb factors de risc cardiovascular i que no pren un inhibidor de l'enzim conversiu de l'angiotensina (IECA), cal descartar la patologia cardiovascular, otorrinolaringològica i el reflux com a causa de tos crònica. Es realitza una exploració física completa, analítica amb funció tiroidal i pro pèptid natriurètic de tipus B, radiografia de tòrax i electrocardiograma: No mostren alteracions. Se sol·licita tomografia axial computada (TAC) toràcica: Goll endotoràcic «a expenses» de nòdul de gran mida a lòbul tiroidal dret, amb lleu desviació traqueal i esofàgica.

Tractament: Potser cal derivar a cirurgia per a tiroidectomia total?

Discussió: La tos crònica és un motiu de consulta molt freqüent a l'Atenció Primària. Entre les causes rares trobem tumors mediastínics, com el goll endotoràcic. En zones sense dèficit de iode, les causes més freqüents són la malaltia de Graves, la tiroïditis de Hashimoto i el goll multinodular benigne. La majoria es troben asimptomàtics i eutiroidals, d'altres poden presentar símptomes obstructius, principalment dispnea d'esforç i tos, i amb menys freqüència disfàgia i síndromes compressives (vena cava superior, Horner). Estudis diagnòstics: Tirotropina (TSH) i T4, anticossos antitiroidals i anti-immunoglobulina estimulant de la tiroide (TSI), ecografia, TAC sense contrast, punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) si se sospita malignitat. El tractament d'elecció és quirúrgic. Complicacions: Paràlisi del recurrent, hipoparatiroïdisme, recidiva. Si hi ha alt risc quirúrgic o contraindicació o rebuig de la cirurgia, es pot plantejar el iode radioactiu. En pacients asimptomàtics es pot realitzar observació amb TAC seriats. Un estudi sistemàtic d'aquests pacients permet arribar a un diagnòstic correcte i establir un tractament adequat.

Open Acces creative commons

La meva família em porta a la consulta, què tinc?

Berta Muntadas Molet
Àngels Ballarín Castany
Esther Campillo Casado

Contacte:
camp.esther@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5566

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Canvi de personalitat.

Antecedents personals: Sense al·lèrgies ni tòxics. Fins fa 2 mesos era independent per a les activitats bàsiques de la vida diària i per a les activitats instrumentals. Antecedents patològics: Hipertensió arterial, diabetis mellitus de tipus 2, psoriasi, glaucoma.

Medicació: Lorazepam, hidroclorotiazida, metformina, dorzolamida.

Anamnesi: Home de 59 anys que acut perquè la família nota canvis de la personalitat en les darreres setmanes, apatia, abandonament de les activitats habituals i oblits. Els últims dies s'hi ha afegit sensació d'inestabilitat de la marxa, bradipsíquia i incontinència doble. Sense agressivitat ni episodis de confusió.

Exploració: Bon estat general, neurològicament sense focalitats, marxa normal. Minimental test: 28/35.

Proves complementàries: Analítica i tomografia axial computada (TAC).

Diagnòstic diferencial: Hidrocefàlia normotensiva, fàrmacs, tumor cerebral, alteracions metabòliques, infeccions, hipotiroïdisme, malalties neurodegeneratives.

Resultats: Analítica amb hemograma, bioquímica hepàtica i renal, vitamina B12 i tiroide normals. VIH i lues negatius. TAC cranial: Massa expansiva d'aproximadament 62 x 50 x 62 mm, situada a la línia mitja de la fossa cranial anterior i amb edema vasogènic del parènquima frontal adjacent. Signes d'hipertensió endocranial supratentorial. La primera possibilitat etiològica podria correspondre a un meningioma.

Tractament: Derivació a la unitat de neurocirurgia on es realitza l'exèresi de la tumoració frontobasal. Anatomia patològica: Meningioma atípic amb característiques rabdoides, de grau II de la classificació de l'Organització Mundial de la Salut.

Evolució: Al centre d'Atenció Primària, a la visita després de l'alta, el pacient manté la marxa normal i la continència doble. Caldrà controlar l'evolució dels símptomes psicoconductuals per avaluar possibles seqüeles quan s'hagi recuperat dels canvis després de la cirurgia recent.

Conclusions: Cal recordar les dues causes més freqüents de deteriorament cognitiu subagut, que són els fàrmacs i la hidrocefàlia normotensiva de l'adult. Davant d'una sospita de deteriorament cognitiu, cal interrogar sempre sobre la incontinència i la marxa. Tenir present que els tumors cerebrals poden manifestar-se com a canvis de personalitat sense focalitat neurològica en l'exploració. Davant de canvis psicoconductuals subaguts o de ràpida progressió sense desencadenant clar, una prova d'imatge pot ser clau.

L'ecografia a l'Atenció Primària

Nadejda Prepelita
Àngels Ballarín Castany
Esther Campillo Casado

Contacte:
camp.esther@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5567

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Tumoració axil·lar.

Història clínica: Antecedents personals: Al·lèrgia al metamizol, malaltia de Parkinson, hipertensió arterial, hiperparatiroïdisme. Medicació: Enalapril, safinamida, carbidopa/levodopa. Anamnesi: Home de 69 anys que acut al centre d'Atenció Primària perquè nota una tumoració a l'axil·la dreta, dolorosa amb els moviments, des de fa uns 15 dies. Sense febre, síndrome tòxica ni cap altra simptomatologia. Exploració: Bon estat general, afebril, tumefacció 7 x 5 cm tova ben delimitada, discretament mòbil. Auscultació cardiopulmonar dins la normalitat. No es palpen adenopaties perifèriques. Proves complementàries: Ecografia al centre d'Atenció Primària. Diagnòstic diferencial: Adenopatia única, lipoma, quist, neoplàsia. Resultats: En el moment de l'ecografia, dues setmanes després, s'objectiva creixement molt important de la tumoració i s'ha associat astènia, pèrdua de pes i disfonia intermitent. Ecografia: Extensa massa que afecta des del pectoral i la línea posterior axil·lar dreta, ben delimitada, heterogènia, molt vascularitzada, amb àrees quístiques, ecogràficament indeterminada. Primera opció diagnòstica: Adenopatia infiltrativa. Plans d'actuació: Des d'Atenció Primària es deriva a nivell hospitalari per completar estudi ràpid. Tomografia axial computada (TAC) toracoabdominal: Mostra una massa axil·lar dreta de 10 cm de diàmetre màxim, sòlida, depenent del múscul serrat anterior, suggestiva de sarcoma. La ressonància magnètica confirma les troballes de la TAC. Biòpsia: Sarcoma pleomòrfic d'alt grau histològic. Tractament i evolució: El pacient manifesta la seva voluntat de no rebre tractaments invasius i prioritzar tractaments pal·liatius.

Conclusions: Fer un bon diagnòstic diferencial davant d'una tumoració de parts toves. Cal tenir present el diagnòstic de sarcoma davant d'una tumoració de parts toves de ràpid creixement. És important disposar d'ecògraf i de professionals entrenats en la seva utilització a l'Atenció Primària per a un maneig més eficaç de diverses patologies. Cal parlar amb els pacients sobre el pla de decisions anticipades.

Open Acces creative commons

Promoció de la cultura de seguretat del pacient en tres centres d'Atenció Primària

Xavier Freixa Macià
Laura Sebastián Montal
Maria José Gordillo García
Laia Cayuelas Redondo

Contacte:
laiacayuelas@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5568

Objectius de l'experiència: Crear un comitè de seguretat del pacient (SP) funcional i multidisciplinari als centres d'Atenció Primària (AP). Promoure el coneixement i la cultura en SP entre els professionals. Crear i promoure sistemes de notificació d'incidents. Crear una base de dades per analitzar els incidents dels centres. Generar propostes de millora i per a la seva implantació.

Descripció de l'experiència: La seguretat del pacient és un dels elements prioritaris de la nostra organització, que està formada per tres centres d'AP. El nostre comitè de seguretat del pacient està format per administratius, infermers i metges. L'experiència es va iniciar el 2014, formant els professionals dels centres mitjançat sessions a l'espai del migdia. Es va crear un sistema de notificació d'incidents d'ús intern a l'abast de tots els professionals. Els incidents de seguretat notificats són registrats a una base de dades. Quan es notifica un incident, la comissió s'encarrega d'analitzar-lo multidisciplinàriament i de dur a terme mesures de millora, fer-ne seguiment i posar-los en comú amb la resta de l'equip per arribar a un consens que sigui el millor per als pacients i els professionals.

Conclusions: Durant aquests anys s'han complert tots els objectius. S'han impartit més de 40 sessions per promoure la cultura en SP en els tres centres. S'han resolt 84 notificacions que han conduït a implantar nous circuits o modificar els existents per millorar el sistema. D'aquestes, 60 (71,4%) eren incidents, 23 (27,4%), efectes adversos i 1 (1,2%), un esdeveniment sentinella. En 50 (59,5%) casos es van implicar medicina i infermeria, en 19 (22,6%), la unitat d'atenció al ciutadà, en 5 (5,9%), el servei de proves d'imatge, 8 (9,6%) es van relacionar amb el sistema informàtic, 1 (1,2%) amb una farmàcia externa i 1 (1,2%) amb l'auxiliar. Del total, 65 (77,4%) van ser considerats lleus i 9 (22,6%) greus.

Aplicabilitat: Aquesta experiència és aplicable a qualsevol centre d'AP.

Anàlisi dels resultats de l'escala five facet mindfulness questionnaire en un programa de midfulness per a professionals d'un centre d'Atenció Primària

Silvia Zamora Mestre
Jordi Escudero Taltavull
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
nombre

Durant els últims anys s'ha provat àmpliament l'eficàcia d'intervencions basades en mindfulness. Mesurar-les és un element fonamental per a l'avaluació del seu impacte. L'escala Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) es considera vàlida i fiable per mesurar habilitats sobre «què» (observar, descriure, participar) i sobre «com» (no jutjar, centrar-se en una cosa).

Objectiu: Analitzar els valors de l'enquesta FFMQ dels professionals d'un centre d'Atenció Primària(CAP) participants en un programa de mindfulness.

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal i retrospectiu a partir de l'avaluació dels resultats de l'FFMQ dels participants del programa en vuit sessions de mindfulness. FFMQ: 39 ítems que mesuren la tendència general a procedir amb atenció plena a partir de cinc facetes: Observació (atendre experiències internes/externes: Sensacions, olors...), descripció (capacitat d'etiquetar experiències internes amb paraules), actuació amb consciència (capacitat d'atendre les activitats de cada moment), absència de judici (capacitat de relacionar-se amb la pròpia experiència d'una perspectiva no avaluadora), absència de reactivitat (no reactivitat sobre l'experiència interna). Es respon en una escala Likert amb rangs de l'1 (mai) al 5 (molt sovint). La puntuació mínima és de 39 punts i la màxima de 195 punts.

Resultats: Univers de 17 participants. Metges (29,4%), administratius (29,4%), infermeria (17,7%), treball social (11.7%), pediatres (5,9%), infermeria de pediatria (5,9%). Per garantir la confidencialitat dels participants no es van registrar dades identificatives (edat/sexe). Mitjana d'observació: 21,47 (SD: 5,77). Rang: 13-32. Mitjana de descripció: 26,17 (SD: 5,80). Rang: 16-36. Mitjana d'actuació amb consciència: 23,41 (SD: 5,28). Mitjana d'absència de judici: 25,11 (SD: 5,91). Rang: 14-32. Mitjana d'absència de reactivitat: 18,88 (SD: 3,02). Rang:12-25. La pregunta amb valoració més baixa fou: «Cuando camino, me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo». Mitjana d'1,82 (SD: 0,88). La pregunta amb valoració més alta fou: «Percibo los olores de las cosas». Mitjana de 3,64 (SD: 1,05).

Discusió: L'enquesta FFMQ en treballadors d'un CAP realitzada en la primera sessió del programa de mindfulness Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ha mostrat un resultats moderats-bons respecte als resultats d'altres estudis. Les dimensions amb una millor valoració han estat la descripció i l'absència de judici; en canvi, les dimensions d'observació, d'actuació amb consciència i d'absència de reactivitat presenten xifres lleugerament inferiors. Hi ha un potencial de millora que es pot aconseguir amb el programa de mindfulness (només una petita quantitat de participants vam poder assistir a totes les sessions).

Open Acces creative commons

Silvia Zamora Mestre
Jordi Escudero Taltavull
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5574

Anàlisi del qüestionari d'empatia de Jefferson (QEJ) en professionals sanitaris que realitzen un programa de mindfulness

L'entrenament en habilitats de mindfulness o atenció plena (Sati, pali; Smrti, sànscrit; Dran pa, tibetà) és una forma d'educar per viure millor i empoderar-nos per a la vida. Mindfulness ens fa conscients de coses que de vegades no arribem a veure, perquè no ens aturem a observar-nos a nosaltres mateixos i a allò que ens envolta de manera acurada i precisa. Hi ha evidència sobre el seu benefici en elsprofessionals de la salut, ja que l'empatia és un component important en la relació professional sanitari-pacient. Existeixen mètodes quantitatius per mesurar l'empatia amb enquestes especialitzades, com questionari d'empatia de Jefferson(QEJ)

Objectiu: Analitzar els nivells d'empatia dels professionals d'un centre d'Atenció Primària (CAP) que participen en el programa de mindfulness Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal i retrospectiu dels resultats del QEJ dels professionals participants en el programa mindfulness. Instrument: QEJ traduït, amb 20 preguntes de set punts cadascuna, de tipus Likert (essent 1, no estic d'acord, i 7, estic molt d'acord). La puntuació es va obtenir per a la suma de les preguntes (màxim: 140punts, i mínim: 20punts). Es considera que una major puntuació es correlaciona amb un major grau d'empatia.

Resultats: Univers: 17 participants. D'ells, metges (29,4%), administratius (29,4%), infermeria (17,7%), treball social (11,7%), pediatre (5,9%) i infermeria de pediatria (5,9%). Per garantir la confidencialitat dels participants, no es van registrar dades identificatives de tipus edat o sexe. La mitjana d'empatia global fou de 83,4 (SD: 7,04). Rang: 68-95. La pregunta amb valoració més alta fou: «Mis pacientes se sienten mejor cuando yo entiendo sus sentimientos». Mitjana de 6,59 (SD: 0,78). Puntuacions: 3 (17,6%), 6 (5,9%) i 7 (76,5%). La pregunta amb valoració més baixa fou: «Considero que preguntarles sobre lo que les sucede en sus vidas es un factor sin importancia». Mitjana d'1,47 (SD: 0,62). Puntuacions: 1 (58,8%), 2 (35,29%), 3 (5,8%).

Discusió: El QEJ en treballadors del CAP que han participat en el programa d'entrenament en habilitats de mindfulness MBCB ha mostrat uns resultats moderats-bons. Cal destacar que el millor resultat hagi estat per a l'afirmació que els pacients se senten millor quan el professional els pot entendre. La realització d'aquest programa ha permès conèixer els nivells d'empatia i mesurar el canvi pre- i postprograma dels professionals de tots els estaments del CAP.

Maite Ursua Goicoechea
María José Manzano López
Pau Sendra de Dios

Contacte:
pausendra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5578

Doctora, em fa mal el peu!

Pacient de 61 anys sense antecedents. En el mes de març de 2018 presenta fractura del 5è metatarsià esquerre amb trombosi venosa profunda secundària malgrat l'anticoagulació profilàctica. Un any després presenta fractura espontània de mal·lèol extern dret sense traumatisme previ.

Se sol·licita densitometria que mostra osteoporosi i analítica: Calci, 12 i parathormona (PTH), 90. Es deriva a endocrinologia, a l'ecografia del tiroide s'observa un nòdul al paratiroide. En la gammagrafia es confirma la troballa d'adenoma de paratiroide. Actualment està pendent de cirurgia.

Open Acces creative commons

Hematuria. ¿Y si la culpa no es del sintrom?

Jordi Artigas
Jorge Ricardo Martínez
Martina Ricci

Contacte:
martina.ricci24@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5579

Ambito de caso: Atención Primaria y atención domiciliaria.

Motivo de consulta: Hematuria macroscópica.

Historia clinica: Enfoque Individual: Paciente mujer de 88 años en atención domiciliaria, con antecedentes de fibrilación auricular, anticoagulada con Sintrom®, insuficiencia cardíaca diastólica, diabetes mellitus de tipo 2 insulinodependiente y accidente vascular cerebral, que acude a la consulta por cuadro de hematuria macroscópica de 2 días de evolución sin síndrome miccional ni fiebre. International normalized ratio (INR) de 3,4. Se orienta como hematuria secundaria a INR fuera de rango y se decide suspender Sintrom® durante 2 días y revalorar. Enfoque Familiar: Paciente viuda, vive con su hija y una cuidadora a tiempo parcial. Desarrollo: A los dos días se realiza control en el domicilio: Persiste la clínica de hematuria a pesar del INR de 1. Se programa ecografía ambulatoria al día siguiente. Se pauta Amchafibrin® y se realiza interconsulta con hemostasia. En la exploración física destaca la palpación de una masa indurada y dolorosa en el hipogastrio. Se realiza ecografía renal vesical: No se visualizan alteraciones a nivel renal, pero sí masa a nivel vesical. Se orienta como probable tumor vesical y se deriva urgente a urología. En el hospital se realiza ecografía renal vesical que evidencia lesión nodular hiperecogénica endoluminal. Protruye de la pared posterolateral derecha de la vejiga y es de aproximadamente 4-5 cm de diámetro máximo, sugestiva de lesión sólida.

Tratamiento: Se cambia Sintrom® por Hibor® 2.500 UI/día y se retira Amchafibrin® tras consulta con hemostasia.

Evolución: La paciente está pendiente de cistoscopia. La paciente tiene firmado el documento de voluntades anticipadas: No desea que le realicen medidas terapéuticas agresivas.

Conclusión: La importancia del papel de la medicina de familia en el diagnóstico, orientación, coordinación y seguimiento longitudinal del paciente. El papel de la ecografía como herramienta diagnóstica accesible y efectiva en la Atención Primaria y que en este caso ha permitido un diagnóstico rápido y una orientación diagnóstica clara.

Dermatitis flagel·lada

Núria López Batet
Daniel Cortés Fernández
Emma Magraner Oliver
Sandra Paredes Garcia

Contacte:
saparedes@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5580

Pacient de 60 anys, exfumador des de fa més de 30 anys. Sense al·lèrgies conegudes. Antecedents de fibrosi quística en tractament inhalador i hiperuricèmia simptomàtica en tractament amb al·lopurinol.

Acut d'urgències al nostre centre per l'aparició d'erupció cutània intensament pruriginosa al braç dret, d'un dia d'evolució, que s'ha anat estenent per tot el cos. Refereix que acaba de tornar d'un viatge a Andalusia, en ambients urbans. Nega picades o el contacte amb plantes. No s'ha aplicat cap producte nou al cos. No ho relaciona amb l'exposició solar. En l'exploració presenta eritema generalitzat a braços i tronc, a l'esquena destaquen lesions eritematoses amb morfologia lineal. Sense dermografisme. La resta és anodina. S'orienta com a reacció urticariforme de causa desconeguda i es pauta tractament antihistamínic i prednisona a dosis descendents. Es deriva a dermatologia per a valoració, donades les característiques atípiques de les lesions. Dermatologia considera les lesions compatibles amb dermatitis flagel·lada. El pacient comenta que ha menjat ceps en un restaurant japonès, del tipus xiitake, per tant, s'orienta com una dermatitis flagel·lada per xiitake. Li mantenen el mateix tractament pautat i s'afegeix Fluticrem® crema. El pacient presenta una bona evolució amb resolució clínica a les poques setmanes.

Els ceps del gènere xiitake s'ingereixen principalment a la Xina i al Japó. Cada vegada és més fàcil trobar-los en el món occidental. Hi ha diversos tipus de reaccions associades a la ingesta d'aquest cep. La dermatitis per xiitake acostuma a aparèixer típicament 48-72 hores després de la ingesta del cep cru o poc cuinat. Les lesions característiques inclouen micropàpules eritematoses que segueixen un trajecte lineal que recorda a les lesions produïdes per un fuet i són típicament pruriginoses. Com el menjar oriental és cada vegada més freqüent en el nostre entorn, és important conèixer aquesta entitat per fer-ne un diagnòstic i un tractament correctes.

Open Acces creative commons

No tot edema és insuficiència cardíaca

Mireia Vicente Mora
Sígrid Bonvehí Nadeu
Maria del Mar Huercio Puentes

Contacte:
marhuercio@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5582

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Edemes a les extremitats inferiors (EI).

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents personals (fibril·lació auricular paroxística, diabetis mellitus de tipus 2, hipertensió arterial, hipertròfia prostàtica). Anamnesi: Consulta a urgències d'AP per edemes a les EI de 2 dies d'evolució. S'inicia furosemida 40 mg, 2/dia. Torna a consultar el metge de família d'AP 7 dies després, sense millora. Refereix orina espumosa, sense dispnea, sense palpitacions ni increment de pes. Exploració física: Tensió arterial de 142/81 mmHg, freqüència cardíaca de 76 ppm. $SatO_2$ del 96%, afebril. Auscultació cardiorespiratòria normal. Sense ascites. Edemes amb fòvea a les EI fins a sota genoll.

Proves complementàries: Electrocardiograma normal. Radiografia de tòrax normal. Tira d'orina: Hematies +++ i proteïnes +++.

Judici clínic: Edemes de possible origen renal.

Diagnòstic diferencial: Edemes per insuficiència cardíaca, insuficiència hepàtica, insuficiència renal, insuficiència venosa crònica, trombosi venosa profunda bilateral, hipoproteïnèmia, limfoedema.

Identificació de problemes: La poca resposta als diürètics i les proves complementàries inicials feien orientar el cas cap a edemes de possible origen renal. Es van demanar anàlisis sanguini (filtració glomerular 40,71 ml/min, creatinina [Cr] 1,58 mg/dl, colesterol 278 mg/dl, proteïna 4,99 g/dl, albúmina 2.6 g/dl) i complet d'orina (microalbuminúria 7.507,4 mg/l, microalbúmina/Cr, 6.886,94 mg/g).

Tractament i plans d'actuació: Se sospita síndrome nefròtica, per tant, es contacta amb nefrologia i es pacta l'ingrés programat per completar estudi.

Evolució: Biòpsia renal sense lesions glomerulars i amb fibrosi intersticial moderada. Marcadors tumorals i d'autoimmunitat sense alteracions. Es va confirmar una síndrome nefròtica per canvis mínims i es va iniciar el tractament específic.

Conclusions: Els edemes són un motiu de consulta molt freqüent a primària, sobretot per insuficiència venosa o cardíaca, però cal fer sempre un bon diagnòstic diferencial amb altres causes.

Edemes a les extremitats inferiors

Marina Alventosa Zaidín
Anna Casanellas Chuecos
Núria Mengual Miralles

Contacte:
nmengual.bnm.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5584

Motiu consulta: Edemes a les extremitats inferiors.

Història clínica: Antecedents personals: Artritis reumatoide seronegativa sense tractament, migranya, ansietat, colon irritable, tabaquisme. Tractament: Zolmitriptan, citalopram, plantago. Anamnesi: Dona de 47 anys. Després d'un quadre catarral tractat amb ibuprofèn/12 h presenta edemes progressius a les extremitats inferiors, des de fa 7 dies, amb disminució de diüresi i augment de pes (5 kg en 5 dies). Exploració física: Tensió arterial de 181/109 mmHg. Pal·lidesa mucocutània. Auscultació respiratòria: Algun roncus. Abdomen: Globulós sense megàlies. Edemes amb fòvea fins als genolls. Proves complementàries: Labstix® d'orina: Proteïnes ++++ i hematies ++++. Orientació diagnòstica: Síndrome nefròtica (SN). A urgències detecten: Hemoglobina, 12,2; filtració glomerular, 50ml/min; creatinina 1,28mg/dl; proteïnes, 43mg/dl; colesterol, 421 mg/dl; proteïnúria 24 h, 1.730mg/dl. Ecografia abdominorenal: Normal.

Judici clínic: La SN es defineix per l'existència de proteïnúria franca (>3,5 g/24 h), hipoalbuminèmia (<3,0 g/dl) i edema perifèric. Sovint s'associa hiperlipidèmia i malaltia trombòtica. Etiologia: Primàries (nefropatia membranosa, per canvis mínims, per Immunoglobulina A, glomeruloesclerosi, glomerulonefritis), secundàries (diabetis mellitus, lupus eritematós sistèmic, amiloïdosi, mieloma, fàrmacs, infeccions, carcinomes, limfomes, nefropatia per reflux). Clínica: Proteïnúria i edemes. Complicacions: Hiperlipidèmia i lipidúria, anasarca, insuficiència cardíaca, malnutrició proteica, hipovolèmia, insuficiència renal aguda, tromboembolisme i susceptibilitat a infeccions. Exploracions complementàries: Analítica d'orina (proteïna/24 hores), sang (albúmina, lípids, glicèmia, anticossos antinuclears (ANA), C3/C4, crioglobulines, sífilis, hepatitis, VIH, liti, etc.). Biòpsia renal per determinar l'etiologia si cal. Diagnòstic diferencial: Patologies causants d'edemes (insuficiència cardíaca, insuficiència venosa crònica, limfoedema, induït per fàrmacs, etc.), síndrome nefrítica, insuficiència renal. Tractament: De les causes identificades. Corticoides i immunosupressors. Simptomàtic (furosemida, inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina [IECA]/antagonistes dels receptors de l'angiotensina [ARA II], estatines, heparina i anticoagulants). Conclusions: En el diagnòstic diferencial dels edemes cal considerar la SN, malgrat la seva baixa freqüència, per la importància del diagnòstic inicial. El seguiment el realitzarà nefrologia, però l'Atenció Primària participa en la detecció de complicacions, el control dels problemes associats (pes, tensió, lípids, dieta) i les mesures de prevenció (vacunacions).

Open Acces creative commons

Estudi qualitatiu sobre la utilització del web de la meva salut

Mònica Sanuy Luhia
Maria Antònia Pou Giménez
Rocío Navidad de la Plata
Sílvia Ferrer Moret
Elena Artal Claveria

Contacte:
silviaferrer@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5585

Objectiu: Conèixer l'ús que fan i l'opinió que tenen els usuaris d'un equip d'Atenció Primària sobre el web de La Meva Salut (LMS).

Pacients i mètodes: Estudi qualitatiu en un equip d'Atenció Primària per conèixer el grau d'ús i l'opinió que tenen del web LMS, espai digital, personal i intransferible, amb informació personal de salut. Es realitzen entrevistes semiestructurades a pacients agendats a la consulta mèdica, en una franja horària predeterminada durant un mes i que han sol·licitat contrasenya d'accés a LMS. Transcripció literal i anàlisi del contingut amb categorització oberta. Treball aprovat per la comissió d'investigació de la institució. Consentiment informat dels participants. Limitacions: 10 min/entrevista.

Resultats: Es van fer 31 entrevistes. La mitjana era 45,6 anys. El 67,8% eren dones. Un 64,5% van tenir coneixement del web a través del personal de l'equip d'Atenció Primària. Un 12,9% dels usuaris amb contrasenya mai van completar el registre, la majoria perquè van sobrepassar les 48 hores de termini per completar el registre o per la dificultat del procés. Un 25,8% no accedeixen al web perquè tenen la contrasenya caducada (no han entrat en més d'1 any); els motius són l'oblit de la contrasenya o que no en tenien necessitat. El 61,3% utilitzen LMS de forma regular, principalment per consultar informes i resultats de proves complementàries, imprimir el pla de medicació i per a e-Consulta. Aquests usuaris valoren molt favorablement la possibilitat d'accedir a les seves dades de salut. Destaquen la utilitat i la comoditat del web, l'estalvi de temps i la possibilitat de resoldre dubtes burocràtics amb els professionals de referència.

Conclusió: La majoria dels usuaris que sol·liciten una contrasenya d'accés utilitzen de forma regular LMS, principalment per consultar informes i resultats de proves complementàries. Destaquen la seva utilitat per accedir a informació clínica, comoditat d'ús i l'estalvi de temps en temes burocràtics. La dificultat informàtica del registre i la caducitat de la contrasenya són els motius principals de no ús del web.

Uretritis. Més enllà de la *Clamídia* i del *gonococ*

Elena Artal Traveria
Maria Antònia Pou Giménez
Sílvia Ferrer Moret

Contacte:
silviaferrer@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5586

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Secreció uretral escassa i episòdica amb disúria de tres dies d'evolució.

Història clínica: Enfocament individual: Home de 30 anys sense antecedents patològics d'interès. Acut sol a la consulta perquè presenta secreció uretral i lleu disúria de tres dies d'evolució. Com a antecedent refereix relació sexual oral de risc (sense preservatiu) set dies abans. D'acord amb el pacient, es decideix no iniciar el tractament empíric i realitzar una analítica amb serologies del VIH, sífilis (vacunació correcta d'hepatitis) i PCR d'orina (Clamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalum, Ureaplasma urealyticum i Trichomona vaginalis). Enfocament familiar: Pacient solter, promiscu, amb múltiples parelles sexuals masculines en l'últim any. Refereix ús de preservatiu en totes les relacions sexuals, excepte en les orals. Judici clínic: En contra dels resultats esperats, les proves diagnòstiques resulten negatives, però el pacient refereix empitjorament de la disúria i secreció uretral més abundant. Es repeteix PCR i cultiu uretral. Tractament: Es realitza tractament empíric (ceftriaxona 500 mg + azitromicina 1 g). Evolució: Una setmana després disposem del resultat del cultiu uretral i és positiu per a *Neisseria meningitidis*. El pacient roman asimptomàtic.

Conclusions: Les malalties de transmissió sexual (MTS) són un problema de salut pública amb una incidència en augment en el nostre entorn. Són la causa més freqüent d'uretritis en homes sexualment actius. Els microorganismes més implicats són *Clamydia* i *N. gonorrhoeae*, però en aproximadament un terç dels casos es detecten altres microorganismes que cal conèixer, com *M. genitalium, U. urealyticum* o *N. meningitidis*. Per al tractament i la prevenció de les MTS és fonamental una correcta anamnesi dels hàbits sexuals dels nostres pacients i una educació sanitària per a la pràctica de sexe segur, com l'ús del preservatiu, també en les relacions orogenitals.

Open Acces creative commons

Marina Tantinyà Daura
Cristina Servent Batlle
Oriol Andreu Barberà

Contacte:
oriol_1493@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5587

Maneig de l'embarassada amb tos ferina

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu consulta: Tos seca en dona embarassada.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Sense antecedents d'interès, sense al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics. Última dosi de vacuna per a la diftèria, tètanus i tos ferina el 2006. Anamnesi: Dona espanyola de 19 anys, embarassada de 9 setmanes, acut a AP per tos seca de predomini nocturn, de 30 dies d'evolució sense altra clínica acompanyant. Ha realitzat tractament amb cortisona inhalada i doxilamina/piridoxina, sense millora. Exploració física: Anodina. Proves complementàries: A causa de la persistència de la clínica de més de 3 setmanes d'evolució se sol·licita un frotis nasofaringi. Enfocament familiar: Viu amb els pares, un germà de 17 anys i la seva parella sentimental. Els dos últims presenten una clínica similar fa 45 i 7 dies, respectivament. Judici clínic: Sospita de tos ferina en una embarassada de 9 setmanes de gestació. Tractament: No requereix tractament antibiòtic per la clínica més de 3 setmanes. El tractament habitual seria antibioteràpia amb macròlid. Evolució: El frotis nasofaringi resulta positiu per a Bordetella pertussis, per això es notifica al ministeri de Sanitat. Es recomana tractament simptomàtic. Després de 6 setmanes d'haver presentat el quadre, la pacient va quedar asimptomàtica.

Conclusions: La tos ferina és una infecció respiratòria altament contagiosa causada per B. pertussis, que n'és la diagnosi clínica. La detecció en exsudat nasofaringi és la tècnica més ràpida, eficient i útil. Tant la infecció natural com la vacunació contra la tos ferina proporcionen una protecció limitada. En el cas d'embarassades cal vacunar-se durant l'embaràs entre la setmana 27 i 34 de gestació, tot i haver-se infectat en el primer trimestre, segons el Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC). Actualment la incidència mundial de la tos ferina s'ha incrementat de forma significativa, tot i que les cobertures d'immunització són elevades. De manera que des d'Atenció Primària cal una vigilància activa enfront d'aquesta infecció.

Sílvia Ferrer Moret
Maria Antònia Pou Giménez
Elena Artal Traveria

Contacte:
silviaferrer@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5588

Màcula hiperpigmentada a l'esquena

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Màcula hiperpigmentada a l'esquena de més de 6 mesos d'evolució.

Història clínica: Enfocament individual. Dona de 42 anys que presenta màcula hiperpigmentada marronosa, d'uns 5 x 7 cm, a la zona dorsal lateral dreta, de 6 mesos d'evolució. Sense eritema ni descamació. Afebril. Refereix que durant l'últim mes li produeix coïssor i punxades. Ha estat tractada com a lesió dèrmica eczematosa amb corticoide tòpic durant 7 dies, sense millora clínica. Enfocament familiar. No té animals a casa, ni ha pres fàrmacs, ni té familiars afectats. Judici clínic: Es comenta el cas a interconsulta virtual de dermatologia (s'envia fotografia de la màcula) i s'orienta com a notàlgia parestèsica. La notàlgia parestèsica és una patologia infradiagnosticada. És una neuropatia sensitiva crònica que pot associar dolor, pruïja i una zona hiperpigmentada, típicament en la zona superior o mitja de l'esquena, unilateral. Pot afectar a qualsevol edat i gènere però és més freqüent en dones de mitjana edat. La seva etiologia no s'ha aclarit del tot. El diagnòstic és clínic. Tractament: L'evolució és benigna. Per tractar els símptomes s'han proposat diferents tractaments, malgrat que cap pot considerar-se el tractament estàndard (antidepressius, gabapentina, capsaïcina, fisioteràpia...).

Conclusions: Conèixer la clínica ens ajuda a realitzar el diagnòstic de forma més precoç i evita l'ús de tècniques o tractaments ineficaços.

Open Acces creative commons

Dolor ossi en Atenció Primària

Alejandro Vidal Durán
Thaïs Giménez Bayà
María Luisa Mesas García

Contacte:
maisamesas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5589

Atenció Primària i atenció hospitalària.

Motiu de consulta: Pacient de 71 anys que consulta per poliartràlgies difuses, predominantment a la clavícula dreta.

Antecedents personals: Paràlisis del IV parell cranial, amb diplopia monocular, i amb controls per neurologia. Tomografia axial computada cranial: Asimetria del nervi òptic esquerre. Uveïtis anterior de repetició en seguiment per oftalmologia. Neuràlgia del trigemin amb dolor malar crònic. Estenosi de canal lumbar en seguiment per traumatologia.

Anamnesi: Consulta perquè presenta artràlgies difuses, especialment a nivell clavicular i dorsal dret, de setmanes d'evolució, de característiques inflamatòries que no milloren amb analgèsia convencional.

Exploració física: Dolor selectiu clavicular dret sense evidència de signes flogòtics ni exostosi òssia. Dolor en la palpació de les últimes apòfisis espinoses lumbars i amb les maniobres de Lasègue i Bragard i el test FABERE negatius.

Exploracions complementàries: Analítica, on destaca: Velocitat de sedimentació glomerular, 40; fosfatasa alcalina (FA), 151; perfil hepàtic i proteïnograma normals i anticossos antinuclears (ANA) negatius. Es deriva a reumatologia per la presència de dolor inflamatori amb elevació dels reactants de fase aguda i de la FA. Complementen l'estudi amb ressonància magnètica lumbar: Rotoescoliosi amb corba de concavitat dreta. Discopatia generalitzada amb petita hernia L5/S1 que contacta amb arrel S1 dreta. Gammagrafia òssia (GGO): Imatge hipercaptant a la clavícula dreta i àrea sacra compatible amb malaltia de Paget poliostòtica. El diagnòstic diferencial és ampli i ha d'incloure malalties òssies amb lesions radiològiques osteolítiques (tumors primaris, mieloma múltiple, metàstasi) i alteracions metabòliques òssies. El diagnòstic definitiu es basa en l'objectivació de lesions osteolítiques i l'elevació de la FA en absència d'alteració del perfil hepàtic. Habitualment és necessària la GGO, ja que valora l'extensió de la malaltia. Tractament amb zolendronat (bifosfonats d'elecció), amb correcta evolució posterior.

Conclusió: Malaltia metabòlica òssia freqüent en la qual cal pensar en la consulta si la FA es troba elevada, en el context d'un pacient amb dolor ossi.

Intervención comunitaria en adolescentes de 3º de ESO (14-15 años) sobre conocimientos en infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo

Álvaro Isidoro Pérez Díaz
Cesyl Francel Díaz Hernández
María Alejandra Blanco Chacón
Xavier Fabà Camats
José Romano Sánchez

Contacte:
jose.barcelona92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5590

Objetivo: Medir el impacto de una intervención formativa sobre educación sexual en el ámbito educativo en adolescentes.

Material y método: Estudio cuasiexperimental, intervención comunitaria de educación sexual con evaluación pre y postintervención. Alumnos de 3º de ESO de dos centros educativos (A, privado-concertado; B, público). Se realizaron tres sesiones formativas sobre generalidades de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en particular. Se realizaron dos encuestas ad hoc, pre y postintervención, que recogían datos sociodemográficos, sobre el consumo de tóxicos, conocimientos, creencias sobre las ITS. Revisado por CEI Jordi Gol (19/036-P).

Resultados: 190 alumnos: 100 en A y 90 en B. El 55% eran mujeres, con una edad media de 14 años. Nacimiento: En España el 92% en A y el 83% en B. Estudios universitarios del padre: 50,8% en A y 21,3% en B; y de la madre: 55,6% en A y 23,7% en B, $p < 0.05$. El 38,9% había consumido alcohol en los últimos 12 meses y el 9,6% drogas. El 38,5% no tenía comunicación sobre sexo con los padres. En el 52.5% de ellos, los amigos fueron la principal fuente de información sobre temas sexuales. El 19,9% había tenido relaciones sexuales.

Métodos conocidos: Preservativo 70,2%, anticonceptivos 55,6% y poscoital 60,7%. Conocían todos los métodos el 29,8% (el 59,2% en la encuesta postintervención) ($p < 0,0001$). El 2,5% consideraba el preservativo inseguro en una relación sexual. El 95,6% conocía el VIH. El 24,6% (el 28,2% en la encuesta postintervención) piensa que el VIH puede transmitirse al utilizar lavabos públicos y el 18,9% al compartir el mismo vaso. El 57,4% (50,3% en la encuesta postintervención) cree que hacerse la prueba protege del VIH y el 32% (37,2% en la encuesta postintervención) que lavarse las manos protege. El 13,1% (12,4% en la encuesta postintervención) valora su riesgo de contraer VIH en bastante o muy alto.

Conclusiones:

1. No encontramos diferencias en conocimientos sobre ITS según el centro educativo o la formación académica de los padres.
2. La intervención no ha sido efectiva respecto al VIH.
3. En relación con el conocimiento de otras ITS y métodos anticonceptivos se evidenció una mejora en la postintervención.

Open Acces creative commons

Gemma Pérez Tortajada
Sílvia Casellas Mayor
Neus Blancas Bernuz
Rosa Maria Casaucao Gómez
Laia Molina Villalobos
Juan José Zamora Sánchez

Contacte:
jjzamora.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5591

Definició operativa dels criteris atdom i correlació amb la fragilitat

Objectiu: Proposar uns criteris operatius d'inclusió en el programa d'atenció domiciliària ATDOM per nivells d'intensitat d'atenció basats en el Programa Marc d'Atenció Domiciliària del CatSalut.

Descripció: El criteri d'inclusió en el programa ATDOM del CatSalut és no poder desplaçar-se al centre de salut per a ser-hi atès, per motius de salut o de condició física, o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent. Des d'una visió biopsicosocial del pacient es pot establir una correlació pràctica d'aquesta definició amb la fragilitat del pacient, que integri els següents aspectes: Dependència funcional, presència de deteriorament cognitiu, desnutrició, síndromes geriàtriques i aspectes de risc social/ambiental. La intensitat de l'atenció ha ser moderada si es dona algun dels següents criteris: Dependència funcional moderada; deteriorament cognitiu lleu-moderat; una síndrome geriàtrica; criteris de desnutrició (anorèxia moderada o albúmina 3-3,5); criteris socioambientals (manca de cuidador o barreres arquitectòniques que no fan possible sortir de casa en pacients amb dificultat per anar al CAP). La intensitat de l'atenció ha de ser elevada si es dona algun dels següents: Dependència funcional greu; deteriorament cognitiu greu; desnutrició important (anorèxia greu, caquèxia, albúmina <3); es pateixen 3 síndromes geriàtriques; pacient crònic complex amb 2 o més ingressos/any amb dependència associada; malaltia crònica avançada amb dependència associada; es compleixen 3 criteris d'intensitat d'atenció moderada de forma simultània. Els criteris d'intensitat d'atenció han mostrat correlació positiva respecte a l'índex de fragilitat Fràgil-VIG.

Conclusions: Els criteris són de fàcil interpretació i ús, i permeten una ràpida classificació dels pacients, tant pel nivell d'intensitat de l'atenció com de les dimensions afectades, fet que facilita la individualització del pla d'atenció. Els nivells d'intensitat proposats mostren la validesa de constructe, per la seva correlació amb la fragilitat. L'aplicació dels criteris pot facilitar la disminució de la variabilitat de l'atenció.

Aplicabilitat: El model és aplicable a l'atenció domiciliària en Atenció Primària, independentment del tipus d'atenció que s'apliqui (dispensaritzada, integrada) i ha estat testat positivament en la pràctica real.

Sílvia Trujillo Cornejo
Esther Maria Herce Hernández
Maria Carmen Pallarés Serrano
Maria Isabel Vidal Galiano

Contacte:
mividal.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5592

Termòmetre de salut comunitària. Eina per donar a conèixer el model d'Atenció Primària orientada a la comunitat i obtenir informació ciutadana dels condicionants de salut de la gent que viu o treballa en un territori

Objectiu: Identificar els estils de vida i altres factors condicionants de la salut de la població d'un barri. Identificar els actius del barri amb els que contactar per finalitzar el diagnòstic de salut comunitària.

Descripció: Durant la Jornada de portes obertes d'un centre d'Atenció Primària urbà, els visitants que ho desitgen poden rebre una introducció sobre el model d'Atenció Primària orientada a la comunitat basat en el coneixement dels determinants de salut, dels recursos del territori i en la identificació de les necessitats de les persones que hi viuen, per poder crear un punt de trobada d'entitats, associacions i ciutadania i dinamitzar un Pla de Salut Comunitari. Aquesta explicació és complementada amb 29 fotografies del barri que mostren alguns determinants de salut del barri, com les condicions de l'habitatge, nivell educatiu, grups vulnerables per edat, procedència, exclusió social... Tanmateix, se'ls mostra una pissarra on es representa un termòmetre (+/-) amb set preguntes relacionades amb factors que condicionen la salut en positiu i en negatiu: Què li causa benestar? Què li agrada fer per estar bé (hàbits)? Què li agrada més del seu barri (condicions del barri)? Quines associacions, centres coneix del barri (recursos)? Què li desagrada del seu barri? Què dificulta que pugui fer el que li agrada (condicions de vida)? Què li causa malestar?.

Conclusió: La informació que s'obté finalment reflexa els hàbits i condicions de vida de les persones que han participat de l'experiència. Tanmateix, ens dóna a conèixer aspectes positius i negatius del barri i actius del barri on la gent hi participa.

Aplicabilitat: Obtenció d'informació comunitària qualitativa d'un grup determinat a l'hora de realitzar el diagnòstic de salut comunitària d'una ABS.

Open Acces creative commons

Antonia Caballero Alías
María Trenza Peñas
Sara Fernández Mejías

Contacte:
sara.fdezm03@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5593

Pancreatitis crònica, diabetis *mellitus* i malaltia inflamatòria intestinal (el pacient ha donat i signat el seu consentiment per a la presentació del cas clínic)

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu consulta: Epigastràlgia, vòmits i febre.

Antecedents: Home de 71 anys, al·lèrgia a dexketoprofèn, diabetis mellitus de tipus 2 (DM2), hipertensió arterial, dispèpsia. Tractament: Diamicron, enalapril, omeprazol, hidroclorotiazida, àcid acetilsalicílic.

Anamnesi: Refereix clínica de 12 hores d'evolució de dolor abdominal, malestar general, febre de fins a 40 ºC i vòmits de contingut gàstric.

Exploració: Mal estat general, pal·lidesa cutània, sudoració. Temperatura axial de 37,7 ºC; $SatO_2$: 98%; freqüència cardíaca: 110 ppm; tensió arterial de 96/58 mmHg. GC: 123mg/dl. Abdomen: Dolor generalitzat, predomini a l'epigastri (escala visual analògica, 9/10). Resta d'abdomen i de l'exploració física normal.

Proves: Analítica: GB, 205; amilasa, 164; leucòcits, 14.590 (92% neutròfils). Ecografia abdominal: Colelitiasi múltiple.

Diagnòstic diferencial: Colecistitis aguda, colelitiasi obstructiva, tumor, pancreatitis aguda.

Tractament: Colecistectomia.

Evolució: Quatre episodis de pancreatitis agudes de repetició. Colangiopancreaticografia retrògrada endoscòpica (CPRE): Litiasi biliar i diverticle duodenal; colangioresonància magnètica: Coledocolitiasi; tomografia axial computada abdominal: Necrosi pancreàtica (30-50%), afectació peripancreàtica i retroperitoneal, dilatació de les vies biliars, col·lecció adjacent al cos pancreàtic, intestí prim i epigastri, infiltració del greix mesentèric, engruiximent de les parets sigma. Colonoscòpia: Malaltia inflamatòria intestinal de tipus colitis ulcerosa (CU). Empitjorament de la DM, que precisa insulinització. S'inicia tractament amb Ursobilane®, àcid 5-aminosalicílic, lipasa, clopidogrel, repaglinida.

Enfocament familiar: La seva dona inicia trastorn ansiós depressiu reactiu amb pensaments de mort, sense planificació ni intenció suïcida, que precisa tractament antidepressiu i ansiolític. Participa en grups psicoeducatius. Evoluciona favorablement amb remissió clínica.

Conclusions: El cas fa replantejar l'abordatge i el tipus de la DM. La DM tipus 3c és més comú del que es pensa. Identificar-la és important per evitar una classificació errònia dels pacients; s'ha de sospitar sempre davant de pacients amb problemes digestius. Tanmateix, la DM és una de les comorbiditats més freqüents de la CU i aquesta associació implica un control difícil dels nivells de glucosa i més risc de complicacions. La malaltia crònica també afecta a la família i a l'entorn, i l'abordatge psicoemocional i social ajuda a la seva assimilació.

Iván Villar Balboa
Meritxell Regí Bosque
Austria Mastos Méndez
Fernando Fernández Bañares
Maria Esteve Comas
Iván Arapovic Amat y León

Contacte:
ivanvillarba@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5594

Prevalença i característiques clíniques dels pacients celíacs a les consultes d'Atenció Primària. Estudi de base poblacional

Objectiu: Avaluar la prevalença i les característiques clíniques de la malaltia celíaca (MC) en pacients pediàtrics i adults assignats a les consultes d'Atenció Primària (AP).

Metodologia: Estudi transversal de base poblacional en pacients assignats a quatre equips d'AP entre setembre de 2018 i juny de 2019. Criteris d'inclusió: Pacients pediàtrics (<15 anys) i adults (>15 anys) amb registre diagnòstic d'MC o sospita diagnòstica a partir d'un estudi serològic, genètic o histològic, segons la història clínica informatitzada (HCI). Criteris d'exclusió: No signar el consentiment informat; no complir els criteris diagnòstics d'MC de l'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (Catassi). Variables (revisió HCI i entrevista clínica): Sexe, edat actual i en el moment del diagnòstic, nombre de símptomes i condicions associades/risc d'MC, MC clàssica/MC no clàssica. Anàlisi estadística: Càlcul de la prevalença d'MC (casos MC/població assignada a quatre equips d'AP). Anàlisi descriptiu i bivariant. Aprovació pel comitè d'ètica d'investigació en Atenció Primària de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (P16/096). Gestió de dades seguint el reglament de la UE 2016/679, el Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) del Parlament Europeu i del Consell d'Europa (27 d'abril de 2016). Limitacions: Biaix d'informació que es va intentar minimitzar completant la informació de l'HCI amb l'entrevista clínica.

Resultats: Es van incloure inicialment 140 pacients. Se'n van excloure finalment 20 per manca de criteris diagnòstics. Nombre final: 120 celíacs. Prevalença global d'MC verificada (a quatre equips d'AP): 0,141% (70,8% dones; mediana [RIQ] d'edat de 40,53 [19,40-54,12]). Prevalença d'MC pediàtrica: 0,159%. Prevalença d'MC en edat adulta: 0,138%. Diagnòstics a l'edat pediàtrica: 36,4% (mediana [RIQ] d'edat de 3,14 [1,86-9,0]); i a l'edat adulta: 63,6% (mediana [RIQ] d'edat: 38,68 [28,20-52,50]). Condicions associades/risc d'MC: 1 condició: 22,9%; 2 condicions: 4,2%. Familiar 1r grau: 3,4%; familiar 2n grau: 4,3%; diabetis mellitus de tipus 1: 5,1%; tiroïditis autoinmune: 4,3%; dermatitis herpetiforme: 6,8%; dèficit d'immunoglobulina A: 2,6%; vitiligen: 2,6%; psoriasi: 2,6%. Mediana (RIQ) símptomes: 6 (3,5-8). MC clàssica: 7%; MC clàssica/MC no clàssica: 57%; MC no clàssica: 36%; asimptomàtics amb condició associada/risc d'MC: 3 pacients. Freqüència de símptomes d'MC no clàssica més elevada en diagnosticats d'edat adulta versus d'edat pediàtrica ($p < 0,05$): Diarrea intermitent (32,0% vs. 11,9%), distensió abdominal (73,3% vs. 45,2%), dolor abdominal (77,3% vs. 59,5%), dispèpsia (34,7% vs. 4,8%), transaminitis (21,3% vs. 4,8%), fatiga (52,0% vs. 6,7%), anèmia (56,0% vs. 28,6%), dèficit de ferro (58,7% vs. 35,7%).

Conclusions: La prevalença d'MC és 3,5 vegades inferior a la descrita al nostre entorn segons el cribratge serològic, fet que dona suport a la necessitat de programes de recerca activa de casos. Més de la meitat dels pacients diagnosticats de celiaquia presenten MC clàssica, principalment associada a símptomes d'MC no clàssica. Com s'ha descrit prèviament, els símptomes d'MC no clàssica predominen en pacients diagnosticats a l'edat adulta.

Open Acces creative commons

Nuevos anticoagulantes orales. Análisis de su prescripción en Atención Primaria

Ester Ras Vidal
Elisabeth Tapia Barranco
Arantxa Osés Viñas
Ana Belén Castellví Margalef
Ana Guerrero Montalbán
Marina de la Torre Trillo

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5595

Objetivo: Evaluar la calidad de la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales y analizar quién realiza su prescripción.

Método: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Área básica de salud urbana.

Participantes: Todos los pacientes en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales (NACO) activos hasta Julio de 2019.

Mediciones principales: Adecuación de la prescripción a las recomendaciones de la agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Otras variables: NACO prescrito, antecedentes personales, presencia de CHADS2-VASc, indicación y duración del tratamiento, prescriptor, índice de Charlson, polimedicación (5 o más fármacos), efectos adversos producidos por el tratamiento y variables sociodemográficas.

Resultados: 147 sujetos incluidos (33,40% del total de usuarios de anticoagulantes orales, tanto NACO como AVK). Edad media de 75,6 años (DE: 9,9). Mujeres el 51%. Comorbilidades: Encontramos diferencias significativas por sexo en: Alcohol ($p < 0,001$), infarto de miocardio ($p < 0,001$) y diabetes mellitus ($p < 0,019$). El sexo masculino es el de más riesgo. Los NACO más prescritos fueron dabigatrán (36,7%), apixabán (32%) y ribaroxabán (26,5%). La mayoría de los pacientes eran hipertensos (84,4%). La media de fármacos era de 7,6. CHADS2-VASc medio: 3,7. Indicación y prescriptor principal: Fibrilación auricular no valvular (FANV; 85%) y médico especialista (82,3%). Índice Charlson: 5,5; supervivencia a 10 años: 29,7% (DE: 33,6). Uso promedio 33 meses. Utilizaban previamente acenocumarol el 27,2% de pacientes y el principal motivo del cambio fue el mal control de índice normalizado internacional (INR; 9,8%). En un 13,6% (19), el uso de NACO (FANV) fue inadecuado. El principal motivo de la prescripción fue paciente no colaborador y sin supervisión (4,8%). Efectos adversos observados: 6,1% (epigastralgia y epistaxis).

Conclusiones: Observamos una adecuada prescripción de nuevos anticoagulantes orales en un 86,4% de los pacientes de nuestro entorno. El principal motivo de prescripción fue la FANV. Dicha prescripción es realizada en la mayor parte de los casos por cardiólogos. Posteriormente, es responsabilidad del médico de familia el seguimiento del proceso.

Malaltia celíaca a l'Atenció Primària. Retard diagnòstic i factors relacionats

Jesús Almeda Ortega
Oriol Cunillera Puértolas
Yolanda Rando Matos
Montserrat Merino Audí
Rafael Pacheco Sena
Iván Villar Balboa

Contacte:
ivanvillarba@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5596

Objectiu: Conèixer el retard diagnòstic dels pacients celíacs atesos a les consultes de pediatria i medicina de família d'Atenció Primària (AP). Avaluar els factors relacionats amb el retard diagnòstic de la malaltia celíaca (MC).

Metodologia: Estudi observacional descriptiu retrospectiu en pacients assignats a quatre equips d'Atenció Primària (EAP) entre setembre de 2018 i juny de 2019. Criteris d'inclusió: Pacients pediàtrics (<15 anys) i adults(de 15 anys o més) amb registre diagnòstic d'MC o sospita diagnòstica a partir d'un estudi serològic, genètic o histològic, segons la història clínica informatitzada (HCI). Criteris d'exclusió: No signar el consentiment informat; no complir els criteris diagnòstics d'MC de l'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (Catassi). Variables (revisió d'HCI i entrevista clínica): Sexe, edat (anys) en el moment del diagnòstic d'MC. Nombre de símptomes i condicions associades/risc d'MC. MC clàssica/MC no clàssica i forma d'inici dels símptomes. Nombre de visites, professionals consultats i temps fins al diagnòstic (anys). Anàlisi: Descriptiu, bivariant i regressió lineal múltiple (variable depenent: Temps fins al diagnòstic). Aprovació pel Comitè d'Ètica d'Investigació en Atenció Primària-IDIAP Jordi Gol (P16/096). Gestió de dades conforme el Reglament de la UE, 2016/679, Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) del Parlament Europeu i del Consell d'Europa (27 d'abril de 2016). Limitacions: Biaix d'informació que es va intentar minimitzar completant la informació de l'HCI amb l'entrevista clínica.

Resultats: Es van incloure 140 pacients, essent exclosos 20 que no complien els criteris diagnòstics. Univers total: 120 celíacs. D'ells, el 70,8% eren dones. Diagnòstics en edat pediàtrica: 36,4% (mediana [RIQ] d'edat de 3,14 anys [1,86; 9,0]); a l'edat adulta: 63,6% (mediana [RIQ] d'edat de 38,68 anys [28,20; 52,50]). Fins al diagnòstic, mediana [RIQ] de temps: 1,50 anys [0,65; 5,89]; mediana [RIQ] del nombre de visites: 8 [5; 15]; mediana [RIQ] del nombre de professionals consultats: 2 [1; 3]. Condicions associades/risc d'MC: 1 Condició: 22,9%; 2 condicions: 4,2%. Mediana [RIQ] de símptomes MC: 6 [3,5; 8]. MC clàssica: 7%. MC clàssica/MC no clàssica: 57%. MC no clàssica: 36%. Asimptomàtics amb condició associada/risc d'MC: 3 pacients. Forma d'inici amb símptomes d'MC no clàssica: 53,5% (32,8% associats a MC clàssica durant el procés diagnòstic). Fou més freqüent la forma d'inici amb MC no clàssica en diagnosticats en edat adulta comparats amb l'edat pediàtrica (66,2% vs. 30,0%; $p < 0,05$). Major temps fins al diagnòstic relacionat: Símptomes inicials d'MC no clàssica (Coeficient Reg. 6,25; [IC 95%: 2,89-9,60]), diagnosticats en edat adulta (Coeficient Reg. 3,74; [IC 95%: 0,20-7,28]), i més visites fins al diagnòstic (Coeficient Reg, 0,78; [IC 95%: 0,50-1,06]).

Conclusions: L'MC pateix un retard diagnòstic que pot arribar a ser d'anys en una part considerable dels celíacs. El retard diagnòstic implica un major nombre de visites i es relaciona amb pacients que presenten simptomatologia inicial d'MC no clàssica i amb els diagnosticats a l'edat adulta.

Open Acces creative commons

Elisabeth Tapia Barranco
Arantxa Osés Viñas
Sara Gómez Aranda

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5597

Alteració del comportament en una dona gran

Àmbit del cas: Cas multidisciplinar.

Motiu de consulta: Disàrtria i inestabilitat de la marxa. Antecedents personals: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, hipertensió, dislipidèmia. Tractament amb lormetazepam, losartan i simvastatina. Anamnesi: Dona de 76 anys que acut al centre d'urgències d'Atenció Primària perquè presenta de forma aguda disàrtia i inestabilitat a la marxa, des de fa 24 hores. Explica que fa dos dies va començar amb vòmits i malestar general i ahir va iniciar la clínica d'afàsia, disàrtria i inestabilitat de la marxa. Exploració: Tensió arterial, 136/63 mmHg; freqüència cardíaca, 65 ppm. Temperatura axial de 36,9 ºC. $SatO_2$: 94%. Conscient i orientada, però confusa. Eupneica en repòs. Neurologia: Parells cranials normals, sense dèficits motors ni sensitius. Reflex osteotendinós present i simètric. Nominació i repetició conservada. Ordres simples normals. Afàsia d'expressió amb confabulació. Confusió. Coordinació conservada. Proves complementàries: Analítiques de sang i d'orina normals. Líquid cefalorraquidi: Cèl·lules nucleades, 6 cèl·lules/mm3; hematies <1000/mm^3; cèl·lules polimorfonucleades, 33%; cèl·lules mononucleades, 67%; glucosa 61 mg/dl; proteïnes, 49,5 mg/dl. PCR de virus herpes simple (VHS) 1, positiu. Tomografia axial computada (TAC) cranial: Normal. Ressonància magnètica cerebral: Encefalitis, probablement herpètica a nivell temporal i insular esquerre. Enfocament familiar i comunitari: Jubilada. Viu amb el seu fill, amb bon suport familiar. Judici Clínic: A urgències de primària, tenint en compte la clínica i l'exploració, es deriva a l'hospital per descartar un accident vasculocerebral (AVC). No es va activar el codi ictus per les hores transcorregudes des de l'inici de la clínica. A l'hospital es va descartar AVC mitjançant una TAC i es va demanar líquid cefalorraquidi i cultiu, PCR i ressonància magnètica. Es va diagnosticar d'encefalitis vírica. Tractament: Tractament amb aciclovir a una dosi de 10 mg/kg/8 h durant 15 dies. Evolució: Presenta millora clínica i es completen 15 dies d'aciclovir. Donada l'estabilitat clínica es decideix l'alta a domicili.

Conclusions: L'encefalitis herpètica és una malaltia poc freqüent al nostre medi, però cal pensar-hi quan hi ha una alteració del comportament, focalitat neurològica o confusió i es descarta AVC. L'anàlisi del líquid cefalorraquidi i les proves d`imatge permeten arribar al diagnòstic.

Begoña de Irala San Julián
Anna Estafanell Celma
Helenca Navarro Artacho

Contacte:
helenca.navarro@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5598

Enfermedad *birdshot* (en perdigonada)

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Disminución de la visión, miodesopsias y escotomas.

Historia clínica: Hombre de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con lisinopril, consulta por disminución de la agudeza visual (AV), miodesopsias y escotoma en el ojo derecho. Se revisa la historia clínica: Ya había consultado en varias ocasiones por disminución de AV, desde hacía 5 años. Se deriva a oftalmología. Realizan fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica (OCT) y retinografía: Se visualiza imagen de puntos blancos. Se pautan corticoides y se deriva a reumatología. En reumatología se realiza estudio completo de uveítis y se solicita el haplotipo HLA-A29, muy relacionado con la imagen objetivada en la retinografía. Es diagnosticado de coriorretinopatía birdshot.

Evolución: Tras añadir inmunoterapia presenta al mes mejoría de AV y reducción de las miodesopsias.

Conclusiones: La coriorretinopatía en perdigonada (o birdshot; denominada así por el patrón de lesiones coriorretinianas que simula un disparo de escopeta) es una uveítis rara, bilateral, de origen autoinmune, con curso crónico recurrente y que afecta al segmento posterior del ojo. La clínica inicial se caracteriza por una disminución de AV secundaria a edema macular o miodesopsias ocasionadas por vitritis. También pueden presentar nictalopía, discromatopsia, fotopsias y deslumbramiento. Algunos pacientes pueden permanecer asintomáticos o con molestias mínimas al inicio de la enfermedad, lo que retarda el diagnóstico. La evolución natural se caracteriza por la cronicidad, presentando exacerbaciones, disminución de la AV y reducción progresiva de los campos visuales. Aunque el diagnóstico está basado en la clínica y la etiología es desconocida, el haplotipo HLA-A29 se encuentra en el 98% de pacientes con enfermedad birdshot. El tratamiento está basado en la terapia inmunosupresora. Destaca el papel del médico de familia, ya que debe estar alerta: Ante múltiples visitas por disminución de la AV, junto con la aparición de miodesopsias o fotopsias, debe derivar de forma urgente a oftalmología.

Open Acces creative commons

Importància de l'anamnesi en la consulta d'Atenció Primària

Maria Joana Serra Virgili
Noemí Balaguer Ramírez
Laura Segarra Fernández

Contacte:
laura_segarra5@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5600

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP), servei d'urgències i hospitalització.

Motiu de consulta: Parestèsies i pèrdua de força a l'extremitat superior dreta.

Història clínica: Dona de 64 anys amb antecedents de dislipidèmia tractada amb dieta, NAMC i independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Acut a la consulta d'Atenció Primària perquè presenta parestèsies i pèrdua de força a l'extremitat superior dreta, d'aparició sobtada i de 48 hores d'evolució. En l'exploració neurològica en AP presenta un índex de Glasgow de 15, pupil·les isocòriques i normorreactives. Moviments oculars conservats i no dolorosos, sense nistagme, bona agudesa visual, sense diplopia ni alteracions campimètriques, PC normals. Força muscular disminuïda a l'extremitat superior dreta, hipoestèsia braquial dreta. Sense alteracions de la marxa ni atàxia. Romberg negatiu. Reflexes normals. Reflex osteotendinós present i simètric. Es deriva a urgències hospitalàries amb l'orientació diagnòstica d'accident vascular. Tensió arterial de 180/87 mmHg.

Proves complementàries hospitalàries: Tomografia axial computada (TAC) cranial: Hipodensitat incipient en el còrtex frontoparietal esquerre, compatible amb una lesió isquèmica al territori de l'arteria cerebral mitjana esquerra. Ecocardiograma transtoràcic: Sense alteracions patològiques. Ressonància magnètica (RM) cerebral: Lesions isquèmiques d'instauració recent en el territori de l'arteria cerebral mitjana esquerra, postcentral esquerra i territori frontera esquerre. Angio-RM de troncs supraaòrtics: Estenosi preoclusiva de l'arteria cerebral inferior esquerra postbifurcació, amb repermeabilització distal. Eco-Doppler de troncs supraaòrtics: Estenosi greu, >70% a l'arteria cerebral inferior esquerra.

Orientació diagnòstica: Infart cerebral a l'arteria cerebral mitjana esquerra, secundari a una embòlia provinent d'una estenosi greu de l'arteria cerebral inferior.

Tractament: Doble antiagregació fins a l'endoarteriectomia electiva de l'estenosi, posteriorment anticoagulació i estatines a dosis altes.

Evolució: La pacient es va sotmetre a endoarteriectomia electiva i va iniciar rehabilitació específica. Va aconseguir la millora de la força i de la destresa de l'extremitat superior dreta. Després d'un any, la pacient és autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària però presenta una disminució de la força a l'extremitat superior dreta, motiu pel qual se li va concedir una discapacitat.

Conclusió: Mostra la importància d'una bona anamnesi i de l'exploració clínica en AP per detectar una patologia aguda i urgent i per realitzar una derivació al servei d'urgències al més aviat possible i, així, poder tractar.

El paciente crónico bajo el ojo del residente

Sandra Almarcha
Gissellth Garcia
Patricia Montenegro Lafont

Contacte:
patriciamlafont@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5602

Objetivos de la experiencia: Determinar la relevancia de una consulta de 30 min de duración en pacientes complejos.

Descripción de la experiencia: Se plantea una consulta de 30 min dirigida por residentes de último año de medicina familiar y comunitaria, supervisados por sus tutores. Se citará a pacientes complejos con los objetivos, según el caso, de conseguir un enfoque integral, mejorar el grado de control de su patología principal o de reducir el número de ingresos y consultas tras la estabilización.

Los pacientes complejos será definidos como: Pacientes pluripatológicos. Pacientes hiperfrecuentadores, definidos como aquellos que hayan realizado al menos 10 consultas en un nivel asistencial durante el último año. Paciente con debut <1 año de patología crónica: Diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica, asma o hipertensión, y con control subóptimo en ese período. Paciente con mal control de su patología crónica: DM, EPOC, cardiopatía isquémica, asma o hipertensión. Se clasifican los pacientes entre las definiciones previas (sin ser excluyentes entre sí). Se pretende evaluar cuántas visitas son necesarias para conseguir el control óptimo, así como, restrospectivamente y tras 6 meses de seguimiento, determinar el número de consultas previas, el número de ingresos hospitalarios, consultas a urgencias, descompensaciones agudas y satisfacción del paciente y del profesional.

Conclusiones: El objetivo de la experiencia era determinar si una consulta más prolongada que la habitual en grupos definidos podía mejorar los niveles de control de los pacientes y de satisfacción de pacientes y profesionales.

Aplicabilidad: Dado que no se modifica la práctica habitual, y correspondería a un servicio extraordinario autogestionado por el médico residente, resulta de fácil aplicabilidad.

Open Acces creative commons

Los hombres también se fracturan

Sandra Almarcha
Gissellth Garcia
Gregorio Aznar
Patricia Montenegro Lafont

Contacte:
patriciamlafont@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5603

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor costal de inicio súbito.

Historia clínica: Enfoque individual. Antecedentes personales Sin alergias medicamentosas. Fracturas costales 4ª y 5ª, sin traumatismo previo, 3 meses antes.

Anamnesis: Hombre de 68 años que consulta por dolor costal dorsal izquierdo de inicio súbito al levantarse. Le recuerda un episodio de fracturas costales previo. Niega disnea, incapacidad para la actividad diaria, fiebre, traumatismos u otros posibles desencadenantes o signos de alarma.

Exploración física: Buen estado general, mínima palidez cutánea, normohidratado, hemodinámicamente estable. Sin lesiones cutáneas. En la auscultación, hipofonesis pulmonar bilateral de predominio basal. $SatO_2$: 99% al aire.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax urgente: Cinco fracturas costales, no contiguas, tres en el lado izquierdo, acompañadas de pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. Callos de fractura en las antiguas. Analítica: Hemograma, PCR, estrictamente normales.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente sin familiares, con nulo soporte social.

Juicio clínico: Fracturas patológicas.

Diagnóstico diferencial: Fracturas en un contexto de osteoporosis. Fracturas en un contexto de proceso neoproliferativo subyacente. Traumatismos no definidos.

Identificación de problemas: Fracturas multiples. Escaso soporte social. Sin antecedentes orientativos a etiología.

Tratamiento y plan de actuación: Se inició tratamiento antirresortivo.

Evolución: Ante el hallazgo se deriva a urgencias para su valoración en cirugía torácica, por probable inestabilidad torácica. Se ingresó para un estudio etiológico, con pruebas normales. Se realizó densitometría ósea, con diagnóstico de osteoporosis franca.

Conclusiones: El paciente se diagnostica de osteoporosis, sin clara etiología, y ha sido importante para recordar que la osteoporosis puede ocurrir en los hombres.

La importancia de la perseverancia del médico de familia en el diagnóstico de enfermedades raras

Dolors Llobera Serentill
Lide Elossegui
Purificación Robles Raya

Contacte:
purirobles.bihc@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5604

Paciente de 52 años con antecedentes de celiaquía. Desde hace 8 años presenta dolor abdominal difuso y cuadros de febrícula sin foco. Se van repitiendo sin un cuadro infeccioso acompañante. En 2013, ante la persistencia de la clínica se derivó a medicina interna para un estudio de fiebre de origen desconocido con analítica, radiografía y ecografía normales.

Es estudiada en medicina interna y tras el estudio serológico negativo se orienta como posible foco de la fiebre la propia celiaquía. Se la remite a digestología para control de la celiaquía. Se la da de alta por estabilidad de la enfermedad.

La paciente sigue acudiendo a nuestra consulta por persistencia del dolor abdominal y sensación de peso suprapúbico. Es visitada en urología y ginecología, sin apreciar patología. Se le realizan nuevas analíticas con reactantes de fase aguda, ecografías abdominales y transvaginales: Normales.

En junio de 2019 solicitó una tomografía axial computarizada abdominal: Mostró lesiones nodulares de márgenes desflecados de aproximadamente 1 cm en la grasa periesplénica tanto «madela» como lateral y adyacentes a la cola pancreática, adenopatías en región celíaca, numerosos ganglios prominentes y alguna adenopatías en el retroperitoneo. Imagen nodular infracentimétrica en el epiplón supraumbilical. También se aprecian algunos ganglios en grasa mediastínica paracardiaca. El bazo es de tamaño normal y se aprecian algunas lesiones nodulares hipodensas infracentimétricas inespecíficas. Presencia de varias lesiones blásticas en varios cuerpos vertebrales lumbares y sacros, hueso ilíaco y cabeza del fémur izquierdo.

Se activa nuevamente medicina interna-unidad de diagnóstico rápido. Se realiza tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) y biopsia de adenopatía, pero no son concluyentes.

Finalmente se le realiza en septiembre de 2019 laparotomía exploradora que concluye con el diagnóstico de fibrosis peritoneal o enfermedad de Ormond. Su incidencia es de 0,1 por 100.000 personas/año y su prevalencia es de 1,3/100.000 habitantes.

Open Acces creative commons

Mònica Gilaberte
Inés Monte
Purificación Robles Raya

Contacte:
purirobles.bihc@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5606

¿Deberíamos tener en cuenta el país de origen en una patología no frecuente?

Mujer inmigrante de 38 años, natural de Armenia, consulta por fiebre de 24 h de evolución. Explica que presenta cuadros de fiebre con frecuencia, pero se autolimitan, pero hoy necesita la baja.

Llama la atención el buen estado general y registramos en historia el episodio de fiebre. Le decimos a la paciente que registre su historia y acuda dentro de unos meses con ese registro.

La paciente acude meses más tarde con el registro de la fiebre. Se evidencian episodios de fiebre de 2-3 días cada 2 meses más o menos.

Ante la sospecha de fiebre de origen desconocido se deriva a medicina interna-unidad de diagnóstico rápido para completar el estudio. La paciente es valorada en el servicio de medicina. En la analítica aparece serología positiva para citomegalovirus (CMV), por lo que se orienta como una infección por CMV y se le da el alta.

La paciente continúa presentando picos de fiebre, pero coincide con las vacaciones por lo que decidimos realizar el estudio a la vuelta.

Cuando regresa de su país, la paciente acude con informes de su país donde, coincidiendo con un nuevo pico febril, es valorada y diagnosticada con un estudio genético de fiebre mediterránea familiar (FMF).

La FMF es una enfermedad hereditaria transmitida de forma autosómica recesiva. Sus características clínicas más sobresalientes son los episodios agudos de fiebre y serositis (peritoneo, pleura, articulaciones y túnica vaginal del testículo), que duran desde horas hasta 2 o 3 días y ceden espontáneamente. El paciente permanece asintomático entre las crisis. Afecta especialmente a los descendientes de judíos sefardíes, askenazíes, armenios, árabes y turcos. La amiloidosis es la principal causa de muerte.

Marina Alventosa Zaidín
Rut Àlvarez Vilaró
Núria Mengual Miralles

Contacte:
nmengual.bnm.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5608

Artrosi inflamatòria destructiva

Motiu de consulta: Dolor i deformitat dels dits de les mans.

Història clínica: Antecedents personals: Lumbàlgia mecànica, histerectomia per metrorràgies; treballadora de la neteja. Anamnesi: Dona de 50 anys amb dolor a les interfalàngiques distal (IFD) i proximal (IFP) del 2n dit d'ambdues mans, amb deformitat i limitació funcional des de fa 1 mes. Nega antecedents personals o familiars de psoriasi. Exploració física: Dolor a la pressió de les IFP i IFD dretes, eritema, tumefacció i deformitat a la IFD dels dits drets 2n, 3er i 5é i del 2n esquerre. Flexió limitada. Carp i metacarp normals. Sense lesions cutànies ni unguials. Exploració amb aparells anodina.

Proves complementàries: Radiografia de les mans: Pinçament de la interlinea articular, esclerosi subcondral, subluxació i erosió òssia a les IFD. Radiografia lumbar: Anodina. Analítica: PCR 5,5; VSG 13; FR, HLA-B27, serologia dels virus de l'hepatits B i C negatius; resta normal. Tot esperant les proves complementàries, s'inicia tractament amb antiinflamatoris no esteroidals (AINE) i prednisona: Presenta millora parcial. Reagudització quan se suspenen els corticoides. A reumatologia s'estableix el diagnòstic d'artrosi destructiva ràpida.

Judici clínic: L'artritis causa dolor, tumefacció i envermelliment de l'articulació. Freqüentment redueix la mobilitat i pot arribar a lesionar el cartílag i l'os fins a destruir l'articulació. Diagnòstic diferencial amb les poliartritis perifèriques: Artritis reumatoide, psoriàsica, infecciosa, artrosi inflamatòria erosiva, artritis reactiva, espondiloartropaties, etc.

Diagnòstic: Anamnesi: Agut/crònic/intermitent, oligo-/poli-/monoarticular, simètric/asimètric. Infeccions recents, símptomes d'espondiloartropaties, extraarticulars (intestinal, ocular, cutània, teixits tous, etc.), de malignitat. Exploració física completa: Articular i extraarticular. Laboratori: Velocitat de sedimentació glomerular (VSG), PCR, funció renal, hepàtica, tiroidal, anticossos (factor reumatoide, antinuclears [ANA], etc.). Si hi ha sospita: HLA-B27 i serologies. Proves d'imatge: Radiografia (en alguns casos, ecografia i ressonància magnètica). Tractament: Fisioteràpia, AINE, glucocorticoides, tractament específic segons l'etiologia.

Conclusions: Una quarta part dels pacients pateixen artritis amb un diagnòstic etiològic difícil, inicialment. Atès que la inflamació és reversible, però la destrucció articular no, el tractament precoç pot ser beneficiós per alleujar els símptomes, la lesió articular i els dèficits funcionals associats.

Open Acces creative commons

Jornada de trabajo en equipo

Laura Segarra Fernández
Noemí Balaguer Ramírez
Joana Serra Virgili

Contacte:
joanaserra72@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5609

Objectiu: Les jornades anuals de treball en equip tenen l'objectiu comú d'aproximar el personal i de revisar la memòria d'actuació, i un objectiu individualitzat d'aprenentatge cada jornada com, per exemple, l'optimisme après, l'aprenentatge i solucions, estratègia d'equip, comunitat.

Descripció: Per poder realitzar les jornades de treball és necessari reservar un dia amb antelació, en què tot l'equip d'Atenció Primària (EAP) es reuneixi en el centre cívic del barri. Aquell dia, el centre d'Atenció Primària està obert amb personal de suport per fer la demanda del dia. A l'arribar al centre cívic, un gomet de color per a cadascú indica a quin grup és assignat per fer les activitats. Ja reunits, la direcció dona la benvinguda, es comparteixen els resultats i les experiències de l'any anterior. Es presenten les noves línies estratègiques d'actuació i els objectius per a l'any actual. Mitjançant presentacions es valora el treball en equip, es comparteixen resultats i projectes. Després, en un descans, cada grup de l'EAP porta una part de l'esmorzar. Quan hem agafat forces, comencen els tallers de treball en equip, per grups i també heterogenis, per generar proximitat i equip entre els diferents treballadors de l'EAP.

Conclusions: La participació en la jornada de treball aporta proximitat als companys de feina, un coneixement millor de les persones que tens al costat i, així, es redueix la tensió laboral. Durant la jornada es fa caliu i equip. Són unes jornades ideals per fer pinya.

Aplicabilitat: Per realitzar la jornada de treball cal trobar un lloc de reunió on tingui cabuda tot l'EAP, s'ha de poder tancar el CAP o s'ha de comptar amb personal de reforç. Cal tenir preparades les presentacions i els tallers de treball.

Símptomes crònics. El diagnòstic, com més aviat, millor

Sergio Martínez Fernández
Núria Tarraubella Balanyà
Esteban Pascual Viciana Nieto

Contacte:
estebanviciananieto@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5611

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Diarrees de 10 dies d'evolució.

Historia clínica: Antecedents personals. Angina inestable, intervenció coronària per via percutània, Stent M1, juliol 2019. Hipertensió arterial, 2008. Diarrees ocasionals des de fa anys, però no havia consultat al respecte. Sense al·lèrgies medicamentoses. Antecedents familiars: Pare mort als 85 anys per infart agut de miocardi i mare morta als 89 anys, amb sèpsia.

Medicació: Àcid acetilsalicílic 100 mg/24 h. Clopidrogel 75 mg/24 h. Atorvastatina 80 mg/24 h. Bisoprolol 2,5 mg/24 h. Ramipril 2,5 mg/24 h.

Anamnesi: Dona de 57 anys sol·licita una valoració a domicili per debilitat extrema. Presenta deposicions líquides persistents de 5 dies d'evolució. Ingressada per angina inestable amb col·locació d'un stent fins fa 5 dies. Explica deu diarrees per dia des que va sortir de l'hospital, amb productes patològics, sense coloració verdosa. No té vòmits. Les diarrees no respecten la son. No té febre.

Exploració física: Tensió arterial, 64/46 mmHG; freqüència cardíaca, 60 ppm; temperatura, 36,5 ºC; $SatO_2$. 99%; freqüència respiratòria de rpm. Conscient, orientada. Pell pàl·lida i mucoses seques. Auscultacions cardíaca i respiratòria normals. Abdomen amb dolor en la palpació en els flancs, sense masses ni megàlies, amb sorolls no patològics augmentats.

Diagnòstic diferencial: Diarrea infecciosa, diarrea associada a fàrmacs, malaltia inflamatòria intestinal, colitis isquèmica.

Pla d'actuació: S'activa trasllat hospitalari amb el servei d'emergències.

Evolució: A urgències destaca l'acidosi metabòlica (pH 7,.15) amb insuficiència renal aguda d'origen prerrenal. Presenta leucocitosi, PCR de 269 i procalcitonina normal. Lactat normal. *Clostridium negatiu*. S'ingressa a planta. Es realitzen coprocultius (negatius) i colonoscòpia, que mostra signes de malaltia de Crohn. S'inicia cortisona i presenta millora clínica.

Conclusions: Es tracta d'una pacient amb diarrea crònica no estudiada que pateix un empitjorament agut després d'un ingrés per malaltia isquèmica coronària. Es descarta l'origen infecciós i es diagnostica malaltia inflamatòria intestinal. Segons alguns estudis, la SII pot augmentar el risc cardiovascular, per tant, no se'n pot endarrerir el diagnòstic.

Open Acces creative commons

Una escola de salut com a resposta a una demanda del barri

Ana Carrera Rodríguez
Kenia Vázquez Acevedo
Mercedes Ferrero Pascual
Esperanza Martín Correa

Contacte:
espemartin7@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5612

Objectius: Organitzar una escola de salut per a la gent gran en d'un procés comunitari impulsat per un equip d'Atenció Primària (EAP).

Descripció: Entre 2018 i 2019 l'EAP d'un centre d'Atenció Primària urbà va realitzar el diagnòstic de salut del barri utilitzant una metodologia mixta: Quantitativa i qualitativa (amb grups focals i una entrevista a un informador clau). El diagnòstic va finalitzar en una jornada comunitària participativa on, després d'una votació ponderada, la soledat i l'envelliment van ser els problemes prioritzats per les persones participants. Fruit del procés comunitari encetat es van detectar els actius de salut existents al barri i es va crear una taula comunitària intersectorial integrada per 14 agents (serveis socials, casal del barri, centres cívics, associacions de veïns, casals de la gent gran, organitzacions d'atenció a persones amb trastorn mental, centre ocupacional, l'ajuntament, l'EAP i un pla comunitari). La taula es va començar a reunir mensualment, coordinada inicialment per l'EAP. Es van analitzar experiències ja avaluades aplicades a barris similars, orientades a abordar l'envelliment saludable i la soledat. Es va decidir, entre altres accions, iniciar una escola de salut per a la gent gran. Es va dissenyar un programa de 10 sessions amb contingut compartit entre tots els agents del barri. Es va elaborar un díptic i es va sol·licitar la difusió a l'administració local. El procés d'inscripció es va coordinar entre tots els agents.

Conclusions: La realització del diagnòstic de salut d'un barri representa una oportunitat per orientar l'atenció comunitària dels EAP, així com la possibilitat de conèixer els actius de salut existents i iniciar una forma de treballar intersectorialment. La detecció de necessitats de salut percebudes per la població dels barris permet dissenyar activitats dirigides específicament als problemes prioritzats.

Aplicabilitat: L'experiència és aplicable a tots els territoris amb problemes de soledat i envelliment.

Participación de un equipo multidisciplinario de Atención Primaria en el reclutamiento de pacientes para estudios de investigación

Josep Ventura Emanuel
Andrea Guaita Mateo
Mireia López Poyato
Narly Benachi Sandoval

Contacte:
nbenachi@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5613

Objetivos de la experiencia: Demostrar la efectividad de los equipos multidisciplinarios en el reclutamiento de pacientes en estudios de investigación.

Descripción de la experiencia: La búsqueda activa de pacientes mediante revisión de listados e historias ya no es una opción para aumentar el reclutamiento en los estudios de investigación. La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales, ha comportado el reto de generar en los equipos de investigación el despliegue de alternativas que permitan aumentar las tasas de reclutamiento sin incurrir en la violación de los derechos de privacidad. En el caso de los ensayos clínicos, la longitudinalidad de la continuidad de cuidados y la relación existente entre el médico y el paciente han sido piezas clave para mantener unas tasas de reclutamiento satisfactorias. Por otra parte, en los estudios observacionales, la incorporación del administrativo asistencial (AA) en los equipos de investigación multidisciplinar ha demostrado grandes resultados al aportar dinamismo y efectividad al trabajo de campo.

Conclusiones: En el último año, en los nueve ensayos clínicos realizados en un centro de atención de primaria se reclutaron 76 pacientes, de los cuales el 98,86% (75/76) fue incluido por médicos de familia. En cuanto a los estudios observacionales, un estudio de investigación multidisciplinar contó con la participación del AA en la fase de reclutamiento y se incluyeron 244 participantes. De ellos, el 36,07% (88/244) fue incluido por el AA, el 22,95% (56/244), por enfermería y trabajo social y el 0.41% (1/244) por medicina.

Aplicabilidad: Las limitaciones de cara para la detección de pacientes elegibles para los estudios de investigación pueden ser solventadas mediante la intervención efectiva de equipos de investigación multidisciplinar.

Open Acces creative commons

El pan de oro

Aina Maria Perelló
Maitane Barreda Larrauri

Contacte:
tanebl12@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5616

Ámbito del caso: Atención Primaria y derivación a urgencias.

Motivo de consulta: Escasa tolerancia a la vía oral debido a gingivitis hemorrágica.

Historia clínica: Niño de 6 años que se deriva por clínica de 2 meses de evolución con lesiones hemorrágicas en las encías, decaimiento y dolor a nivel de extremidades

Antecedentes: Trastorno del espectro autista grave. Alimentación restrictiva: Pan de semillas preparado en casa, «pan de oro». Ingreso reciente por celulitis secundaria a impétigo.

Exploración física: Pápula en extremidad inferior izquierda en fase de cicatrización. Lesiones purpúricas aisladas en extremidades inferiores. Hipertrofia gingival a nivel de las encías y el paladar duro, y zonas hemorrágicas. Examen neurológico: Reactivo. No es colaborador por patología de base. Dificultad para la bipedestación y marcha. Postura antiálgica de pierna izquierda y cadera.

Analítica: Hemoglobina, 10,8 g/dl; hematocrito, 33.4%; volumen corpuscular medio, 83,3 fl; bioquímica y coagulación normal; vitamina D, 20, y C 1,5 mg/dl.

Diagnóstico diferencial: Sospecha de avitaminosis, vasculitis y proceso infeccioso.

Juicio clínico: Las enfermedades por deficiencia de vitaminas, como beriberi (déficit de tiamina), pelagra (déficit de niacina) y escorbuto (déficit de vitamina C) se han eliminado casi por completo en los países ricos, sin embargo, hay que tener en cuenta a los pacientes con trastornos médicos subyacentes o con dietas altamente restringidas, porque son una excepción.

Tratamiento: Sueroterapia, lidocaína tópica oral y enjuagues de clorhexidina. Ante un posible escorbuto, se inicia tratamiento empírico de 160 mg de vitamina C y otros suplementos. Se confirma por resultados de laboratorio posteriormente.

Evolución: Durante el ingreso presenta una mejoría clínica, con disminución de la inflamación y del sangrado por las encías, así como del dolor de las extremidades. Mejora también la cicatrización. Se decide alta a domicilio y seguimiento en Atención Primaria.

Conclusiones: La provisión de vitamina C en la dieta depende en gran medida de la preparación de los alimentos, porque las condiciones oxidativas inactivan la vitamina C de los alimentos.

Coordinadora de ensayos clínicos en Atención Primaria. Profesionales expertos dedicados a la investigación clínica

Mireia López Poyato
Susana González Martínez
Elena Mañes López
Narly Benachi Sandoval

Contacte:
nbenachi@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5617

Objetivos de la experiencia: La coordinadora de ensayos clínicos o study coordinator (SC) en Atención Primaria (AP) surge de la necesidad de tener en los equipos de investigación (EI) un profesional capaz de coordinar todas las actividades necesarias para realizar ensayos de calidad, bajo las directrices de las normas de buenas prácticas clínicas y de la seguridad del paciente. Se propone presentar un modelo de gestión de la SC en AP.

Descripción de la experiencia: El modelo de gestión puesto en marcha en tres centros de AP contempla la creación de una unidad de ensayos clínicos formada por dos médicas/os de familia, que son los responsables, y dos enfermeros/as con formación en investigación clínica que ejercen sus funciones como SC. La unidad es la responsable de gestionar la realización de los ensayos en los centros de AP y recibe el apoyo de farmacia y de los profesionales de AP que participan como reclutadores (captación de pacientes), investigadores colaboradores (seguimiento de visitas) o médicos investigadores principales (obtención de los ensayos). La SC gestiona y coordina las acciones con promotores, patrocinadores y otras entidades implicadas en la realización de los ensayos, realiza formación continuada al EI, distribuye las responsabilidades del EI, y elabora y verifica el cumplimiento de las guías y plantillas estandarizadas de acuerdo a los protocolos de estudio. Durante el ensayo tiene contacto directo con pacientes, equipo investigador y promotor, y apoya en todo lo necesario para garantizar una atención de calidad al paciente.

Conclusiones: La SC es indispensable para coordinar y gestionar los ensayos, garantiza las buenas prácticas clínicas y la seguridad del paciente.

Aplicabilidad: El modelo sirve para potenciar los ensayos y el perfil del SC en los equipos de investigación en AP.

Open Acces creative commons

Àngels Álvarez
Susana González Martínez
Mireia López Poyato
Narly Benachi Sandoval

Contacte:
nbenachi@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5618

Innovación en la gestion de espirometrías. Rehaciendo modelos para mejorar coberturas y promover la continuidad asistencial entre niveles

Objetivos de la experiencia: Diseñar e implementar un modelo de gestión de las espirometrías capaz de garantizar mayores coberturas, facilitar la continuidad asistencial y mejorar la adecuación diagnóstica y el tratamiento de las patologías respiratorias.

Descripción de la experiencia: Se hizo un diagnóstico situacional en tres centros de Atención Primaria (CAP) que incluyó: Evaluación de los modelos de gestión (matrices de las agendas, método para la programación de visitas, recordatorios a los pacientes), listas de espera, recursos disponibles (profesionales, infraestructura, material y equipos), número de pacientes asignados con diagnósticos respiratorios y número de espirometrías realizadas. Posteriormente se identificaron los recursos disponibles para ejecutar el proyecto, se realizaron proyecciones de la demanda de espirometrías por centro y se diseñó un nuevo modelo de gestión, que tuvo como eje central la optimización de los recursos (matriz de visitas: De cada 30 minutos se pasó a cada 20 minutos; productividad: La participación de una administrativa asistencial en la programación y contacto telefónico con los pacientes un día antes de la prueba para recordarles la visita y preparación previa); aumento de la demanda inducida (búsqueda activa de pacientes con requerimiento de espirometría y se trasfirió la información a enfermería para contactar y programar la prueba) y mejora de la adecuación diagnóstica y del tratamiento de las patologías respiratorias (dos enfermeras expertas en la técnica y valoración espirométrica fueron las responsables de realizar las pruebas). Finalmente se implementó y evaluó el impacto del modelo.

Conclusiones: El modelo permitió aumentar las coberturas y facilitar la continuidad asistencial para diagnosticar, prescribir y ajustar pautas de tratamiento en los pacientes con problemas respiratorios.

Aplicabilidad: Sirve para que otros CAP pongan en marcha iniciativas para crear modelos de gestión que les permitan mejorar sus coberturas, facilitar la continuidad asistencial y mejorar la adecuación diagnostica y el tratamiento de sus usuarios.

Lidia Paino Pardal
Isabel Condomines Feliu
Laura Cristel Ferrer

Contacte:
lcristelf@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5619

Diarrea en un pacient jove

Home de 22 anys que consulta per un augment de les deposicions en l'últim any.

Sense antecedents personals d'interès ni hàbits tòxics. Explica 2-3 deposicions/dia sense productes patològics ni dolor abdominal. Nega nàusees, vòmits, pèrdua de pes i febre.

L'exploració física va ser normal.

L'estudi de femta amb coprocultiu, paràsits i Helicobacter pylori va ser negatiu. L'anàlisi de sang també va ser normal i va destacar un HLA-DQB1 positiu heterozigot amb baix risc de malaltia celíaca.

Una fibrocolonoscòpia va mostrar una mucosa d'aspecte nodular, suggestiva d'hiperplàsia nodular limfoide (HNL), confirmada posteriorment en l'estudi anatomopatològic.

En cas de diarrea crònica sense signes d'alarma ni secundària a fàrmacs s'ha de descartar la malaltia celíaca, l'hipertiroidisme, les infeccions i el còlon irritable si les proves complementàries són normals.

En aquest cas l'orientació diagnòstica va ser l'HNL com a causa de la diarrea crònica.

L'HNL és un trastorn limfoproliferatiu benigne rar, més freqüent en nens, en persones immunodeprimides i en persones immunocompetents amb alteracions del sistema immune. Caracteritzada per múltiples nòduls en tot el tracte gastrointestinal, el diagnòstic és anatomopatològic. Es desconeix la seva incidència en els adults. Clínicament pot ser asimptomàtica o amb símptomes malabsortius (la diarrea és el símptoma més freqüent). Es pot presentar amb hematoquèzia, pèrdua de pes, dèficits nutricionals o infeccions respiratòries recurrents. Es pot associar a giardiosi i alguns, pocs, casos s'han associat a malaltia inflamatòria intestinal i amb al·lèrgies alimentàries. El risc de fer-se maligne és motiu de controvèrsia, ja que molts autors el consideren un factor de risc per desenvolupar un limfoma intestinal i extraintestinal.

En adults, el risc de fer-se maligne és més gran que en els infants. Actualment no hi ha consens en el seguiment ni té un tractament específic, però és important descartar les associacions indicades, que sí que poden ser tractades.

Open Acces creative commons

El dolor lumbar i «El conte del llop»

Maria Antònia Vila i Coll
Carlos Avilés Sierra

Contacte:
cavilesi77@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5620

Dona de 53 anys que acut a consulta per dolor dorsolumbar mecànic de cinc mesos d'evolució. Antecedents de fumadora, hipertensió arterial, dislipidèmia i gonartrosi. Nega febre i dolor a altres localitzacions. Sense síndrome constitucional ni parestèsies. Sense pèrdua de força ni de control dels esfínters.

Exploració amb dolor en apòfisis espinoses i facetàries dorsolumbars. Signes d'irritació radicular negatius. Balanç articular i muscular conservat. Reflexos osteotendinosos presents i simètrics. Reflex cutaneoplantar flexor bilateral. Resta de l'exploració anodina.

Es realitza tomografia axial computada dorsolumbar: Espondilosi lumbar lleu. Hèrnies de Schmörl multisegmentàries.

Ressonància magnètica dorsolumbar: Espondilodiscitis de D9-D10 amb destrucció del disc intervertebral i important erosió òssia. Abscés confluent a D9-D10 amb extensió a cossos vertebrals adjacents.

PPD positiu.

Punció aspirativa amb agulla fina de disc: Procés inflamatori agut de contingut abscessificat.

Biòpsia vertebral: Inflamació crònica granulomatosa amb focus de necrosi caseosa típica d'infecció per tuberculosi.

Judici clínic: Espondilodiscitis tuberculosa. Diagnòstic diferencial. Osteomielitis vertebral. Fractura vertebral degenerativa. Metàstasi vertebral.

Tractament: Maneig del dolor. Cirurgia amb descompressió de D9-D10, drenatge de cavitats anteriors i artrodesi de T4-T12. Tractament antituberculós: Etambutol + moxifloxacina + rifampicina. Després de la malaltia va restar una lesió medul·lar incompleta sensitivomotora a D9 dreta i sensitiva sense afectació motora a L3 esquerra.

Com a conclusió, cal dir que, tot i que la lumbàlgia mecànica és un motiu freqüent i normalment benigne a les consultes de primària, és important identificar signes d'alarma i conèixer l'entorn epidemiològic i l'evolució dels pacients per assolir el diagnòstic de la millor manera possible: Entenent el pacient com a totalitat, i no només com a malaltia. Per a la realització d'aquest treball s'ha comptat amb l'autorització expressa de la pacient.

Lesions cutànies en el pacient ancià

Maria Antònia Vila i Coll
Patricia Romero López
Matilde Garrido Luque
Carlos Avilés Sierra

Contacte:
cavilesi77@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5621

Home de 68 anys que acut a la consulta per l'aparició de lesions ampul·lars i pruïja als membres inferiors. És fumador actiu (índex de paquets d cigarretes anual: 41) i consumidor d'alcohol (>10 unitats de beguda estàndard [UBE]/dia) amb antecedents de malaltia pulmonar obstructiva crònica, cirrosi hepàtica enòlica, reactivació pulmonar de tuberculosi el 1994 i gammapatia monoclonal de significat incert l'any 2013.

Evolucionen des de fa 4 dies la pruïja i butllofes de predomini als membres inferiors, que drenen de forma espontània. No explica altres lesions a la pell ni a les mucoses. Sense febre. Li havia aparegut dies enrere un rash cutani després de prendre Zaldiar®.

Butllofa de 3 x 1 cm a la regió interdigital dels dits 2n i 3r del peu esquerre. Altres de grandària menor a la cara externa dels peus i a la regió pretibial, infrarotulianes. Contingut serós. Ascites no a tensió i edemes de membres inferiors amb fòvea.

Proves: Biòpsia cutània: Estructura compatible amb pemfigoide ampul·lar, encara que no s'observa representació epidèrmica. No es pot concretar el diagnòstic. Sense realització d'immunofluorescència directa (IFD).

Judici clínic: Pemfigoide ampul·lar localitzat versus ampul·les secundàries a edemes dels membres inferiors.

Diagnòstic diferencial: Urticària o dermatitis eczematosa. Dermatosi ampul·lar per immoglobulina A. Pemfigoide ampul·lar de mucoses. Pèmfig ampul·lar. Dermatitis herpetiforme. Vasculitis leucocitoclàstica.

Tractament: Cures amb sèrum fisiològic + Linitul® + actoat + Diprogenta®, tandes de corticoides orals i tòpics.

Segueix una evolució fluctuant amb una resposta al tractament poc duradora.

Tot i que el diagnòstic definitiu del pemfigoide ampul·lar és un sumatori d'aspectes clínics i anatomopatològics i un dels diagnòstics principals a considerar en el pacient ancià amb aquesta presentació, en absència de confirmació histològica (com és el nostre cas) és de vital importància l'observació de l'evolució i entendre de forma global els nostres pacients per aproximar-nos al diagnòstic el màxim possible i oferir tractaments adequats als símptomes principals mentre s'obtenen més resultats (altra biòpsia, serologies per immunofluorescència indirecta).

Per a la realització d'aquest treball s'ha comptat amb l'autorització expressa del pacient.

Open Acces creative commons

Ángel Vila Córcoles
Verònica Torras Vives
Eva María Satué Gracia
Hernan Gorostiaga
Paloma Francés Artigas
Noemí Balaguer Ramírez

Contacte:
nopemi@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5622

Mortalidad a corto, medio y largo plazo en pacientes mayores de 60 años, hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad

Objetivo: Determinar la mortalidad a corto, medio y largo plazo en mayores de 60 años hospitalizados por NAC e identificar factores asociados a un mayor riesgo de mortalidad.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo. Se analizó una cohorte de 487 pacientes de 60 años o más ingresados por neumonía entre 1/12/2008 y 30/11/2011, con un seguimiento de 5 años a partir del alta.

Variable principal: Mortalidad a corto plazo (30 y 90 días tras el diagnóstico), medio plazo (al año) y largo plazo (5 años). Covariables: Sexo, edad, presencia de principales comorbilidades o factores de riesgo. Se calculan índices de mortalidad con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y se realiza regresión de Cox, con programa estadístico SPSS® V19, para determinar factores asociados a una mayor mortalidad a largo plazo. Se considera significativo $p < 0,05$. Se trata de un subestudio del proyecto CAPAMIS. Financiación: Beca FIS PI09/0043. Expediente CEIC: P09/49.

Resultados: Al inicio del seguimiento los 487 pacientes tenían una edad media de 76,4 años (DE: 9). El 56,9% eran hombres y el 43,1% mujeres. Los índices de mortalidad globales fueron: 15,4% (IC 95%: 12,5-18,9); 22% (IC 95%: 18,5-25,9); 26,9% (IC 95%: 23,2-31) y 52,4% (IC 95%: 48-56,8) a los 30, 90, 365 y 1.825 días, respectivamente. Se asociaron, de manera independiente y significativa, a mayores índices de mortalidad a los 5 años la edad el antecedente de ictus y el cáncer.

Conclusiones: Más del 25% de los pacientes mayores de 60 años ingresados por neumonía fallecen durante el primer año de seguimiento y más de un 50% han fallecido a los 5 años. Además de la edad, el antecedente de ictus y el cáncer se asocian a una mayor mortalidad a largo plazo.

Marc Jiménez Gallofré
Avelina Espina Castilla
Anna Deu Martínez

Contacte:
anna.deu.mtz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5628

Malaltia de Horton. La importància de la clínica

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Cefalea.

Antecedents patològics: Uveïtis esquerra el juliol del 2018. Hipertensió arterial.

Tractament habitual: Hidroclorotiazida, 50 mg/24 h.

Anamnesi: Pacient de 77 anys consulta per cefalea pulsàtil d'uns 2 mesos d'evolució, de predomini frontal i occipital. Li impedeix el correcte descans nocturn. Nega nàusees, fotofòbia, sonofòbia, alteracions visuals o claudicació mandibular associada. Associa anorèxia amb pèrdua ponderal de 3 kg, cervicàlgia, omàlgia i dolor a ambdues extremitats superiors. Va consultar a urgències múltiples vegades. Es van trobar xifres de tensió arterial sistòlica (TAS) entorn a 190 mmHg i s'orientà com una cefalea secundària a una crisi hipertensiva (mal compliment terapèutic), però la clínica persisteix tot i el bon control de la seva TA.

Exploració física: Sense focalitat neurològica. Palpació d'artèria temporal esquerra endurida. Sense dèficit en l'elevació de les extremitats superiors ni claudicació mandibular.

Exploracions complementàries: Analítica: Hemograma i proteïnograma sense alteracions. Bioquímica: PCR 3,2 mg/dl i velocitat de sedimentació globular (VSG) de 57 mm/h. Biòpsia de l'artèria temporal. Artèria de petit calibre amb reducció de la llum i greu distorsió de l'arquitectura. Engruiximent de l'íntima i disrupció de fibres elàstiques per un infiltrat inflamatori transmural de cèl·lules limfomonocitàries, polimorfonuclears i cèl·lules gegants multinucleades.

Conclusió: Arteritis compatible amb arteritis de Horton.

Tractament: Prednisona 1 mg/kg/dia.

Discussió: L'arteritis de Horton és la vasculitis més freqüent a Europa i Amèrica del Nord. Afecta principalment a adults entre els 70 i 79 anys. La sospita clínica d'aquesta patologia és fonamental per al seu diagnòstic en els pacients amb clínica suggestiva: Cefalea de nova aparició i simptomatologia constitucional amb o sense alteracions visuals. Els resultats de laboratori (anèmia, elevació de PCR o VSG) donaran suport al nostre diagnòstic. La biòpsia de l'artèria temporal s'ha de fer tan aviat com sigui possible; no obstant això, cal iniciar el tractament precoçment si hi ha sospita diagnòstica per l'alt risc de pèrdua visual.

Open Acces creative commons

Ana Yeste Piquer

Contacte:
anayestepiquer@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5630

No m'ho explico

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Bultoma plantar esquerre de 2 mesos d'evolució.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents de limfoma de Hodgkin fa 30 anys, en remissió. Consulta per bultoma plantar esquerre des de fa 2 mesos. Ocasiona molèsties en la deambulació. Ho relaciona amb un intens exercici físic previ, essent una persona sedentària. Sense traumatismes previs. En l'exploració física es palpa bultoma plantar esquerre sense signes inflamatoris, tacte dur, no mòbil. Se sol·licita radiografia del peu esquerre on únicament es descriu «entesopatia insercional del tendó d'Aquil·les amb calcificació distal». A continuació es demana ecografia plantar on destaca l'engruiximent nodular de la fàscia plantar, compatible amb fibromatosi.

Enfocament familiar i comunitari: La pacient viu amb el seu marit. És venedora de professió. Àmplia xarxa social.

Judici clínic: Fibromatosi plantar.

Diagnòstic diferencial: Fractura per estrès, fascitis plantar, bursitis, artritis posttraumàtica, ossos accessoris naviculars, tendinopatia de l'extensor, coalició tarsal, fibromatosi plantar.

Identificació de problemes: Massa palpable i molèsties en la deambulació.

Tractament i plans d'actuació: Es prescriuen antiinflamatoris no esteroidals amb protector gàstric i es deriva a Traumatologia.

Evolució: Valorada a traumatologia, es recomana analgèsia i tractament conservador amb plantilles, seguiment pel metge de família.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família): Mitjançant la visita de pacients s'aprèn de «l'experiència viscuda», útil per gestionar els propers casos similars. Això acaba proporcionant més control de la situació i amplia el diagnòstic diferencial.

Ángel Luis Rodríguez Santisteban
Roger Badia Casas
Ana Yeste Piquer

Contacte:
anayestepiquer@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5631

Quan el temps ens dona la raó

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Diarrea crònica.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents personals, anamnesi, exploració, proves complementàries, etc. Dona de 21 anys sense hàbits tòxics, amb antecedents d'aftosi oral en seguiment per dermatologia. Presenta deposicions diarreiques diàries, a vegades amb sang, des de fa 1 mes. Sense síndrome tòxica ni febre. Viatge a Bulgària fa 1 mes. Àvia paterna amb malaltia de Crohn i tiet patern amb síndrome de l'intestí irritable. Hemorroide interna en l'exploració física, sense úlceres ni fissures. Coprocultiu i estudi de paràsits negatius, pel que se sol·licita analítica. Durant l'espera dels resultats, la pacient acut a urgències hospitalàries on es realitza una altra analítica que mostra anèmia normocítica, leucocitosi i elevació de reactants de fase aguda. S'orienta com a gastroenteritis aguda, tractament amb quinolones i controls a digestiu. A causa de la persistència clínica, amb pèrdua de pes, torna a consultar a urgències i es decideix l'ingrés. Es realitza colonoscòpia: Afectació pancolònica greu, suggestiva de colitis ulcerosa.

Enfocament familiar i comunitari: Estudi de la família i de la comunitat (si fos necessari). La pacient viu amb els pares i té una àmplia xarxa social. És venedora de professió.

Judici clínic: Malaltia inflamatòria intestinal.

Diagnòstic diferencial: Colitis infecciosa, colitis isquèmica, gastroenteritis eosinofílica, colitis microscòpica, diverticulitis, vasculitis, amiloïdosi, hiperplàsia nodular limfoide, neoplàsia o limfoma intestinal, malaltia inflamatòria pèlvica, endometriosi i síndrome de l'intestí irritable.

Identificació de problemes: Diarrea crònica sanguinolent amb pèrdua de pes.

Tractament i plans d'actuació: Es manté l'ingrés hospitalari, pendent de biòpsia. S'instaura tractament per colitis ulcerosa.

Evolució: Normalització del ritme intestinal i recuperació de pes.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família): Davant d'una simptomatologia amb senyals d'alarma cal demanar proves per anar descartant causes fins arribar a un diagnòstic plausible. Disposar de temps a la consulta del metge de família facilita un bon abordatge en l'anamnesi dirigida.

Open Acces creative commons

Neus Pérez Manyà
Ana Garcia Solana
Maria Zell del Castillo Nesweda

Contacte:
mzcastillo@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5633

Una afonia que et canvia la vida

Àmbit cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Dona de 69 anys que consulta per afonia.

Enfocament individual: Neoplàsia uterina (2014), dislipidèmia (2014), hipertensió (2006), incontinència urinària d'esforç (2017), trastorns d'ansietat (2006). Consulta per afonia i alentiment en la veu d'uns 6 mesos d'evolució: Com si parlés diferent, acompanyat de certa disfàgia. Dificultat per mantenir una conversa. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Tensió arterial: 180/80 mmHg. Exploració neurològica: Disàrtria. Derivada pel metge de família per a estudi. Urgències: Valoració neurològica: Debilitat lingual, disàrtria espàstica. Tomografia axial computada cranial: Normal. S'orienta com a afectació bulbar en forma de disfàgia/disàrtria espàstica i es programa per a ingrés i estudi posterior. Ressonància magnètica de cervell: Tènue hiposenyal cortical precentral dreta en SWI, en imatge de recuperació d'inversió amb atenuació de fluid (FLAIR): Hipersenyal del tractes corticoespinals en els braços posteriors de la càpsula interna, focus de la hipersenyal a la substància blanca cerebral. Conclusió: Tènues alteracions que en el context clínic recolzarien una esclerosi lateral amiotròfica (ELA) i fins i tot degeneració lobular frontotemporal (DFLT; variant frontal). Test de l'Edimburgh Cognitive and Behavioral ALS Screen (ECAS) TOTAL: 96/136; ECAS d'ELA: 67/100; ECAS no ELA: 29/36. Tomografia per emissió de positrons (PET) amb fluorodesoxiglucosa F18 (FDG): Hipometabolisme cerebel·lós i possible hipometabolisme frontal medial orbitofrontal.

Enfocament familiar i comunitari: Té dues filles bessones amb lleu retard mental.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació del problema: Malaltia de motoneurona, probable ELA. Dificultat per a la deambulació. Problemàtica familiar. Deliri paranoic concomitant i patró disexecutiu amb alteració conductual lleu.

Tractaments i plans dactuació: Líquids amb espessidors. Contacte amb treballadora social per a la llei de dependència i assistència al domicili. Es planteja un estudi genètic per la presencia de deliri paranoic.

Evolució: En l'actualitat, 4 mesos després de la consulta: Anàrtria, només algun so comprensible, comunicació a través de l'escriptura. Disfàgia oral i prolongació del temps d'ingesta, fatiga amb esforços mitjans.

Conclusions: Malgrat la poca incidència de la malaltia, s'ha de tenir present que existeix. Pacient que, donada la seva complexitat clínica i la ràpida evolució de la malaltia, requereix una atenció sanitària integral amb una bona coordinació de tots els nivells assistencials.

Celia Tajada Vitales
Julia Orós Muñoz
Ana Isabel Mendoza Aguilar

Contacte:
anabelmendoza93@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5635

Astenia intensa con factor reumatoide elevado. Diagnóstico diferencial

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo consulta: Astenia intensa.

Enfoque familiar e individual: Mujer de 51 años sin antecedentes patológicos de interés. Es la principal cuidadora de madre con Alzheimer y hermano invidente. Trabaja como auxiliar clínica en residencia. Consulta por astenia y labilidad emocional. Se orienta como sobrecarga de cuidador y laboral, se inicia tratamiento antidepresivo y se realiza baja laboral. En controles persiste la astenia y la pérdida de peso y de masa muscular en los brazos. Desde Atención Primaria se solicita una analítica general para estudio. Destaca el factor reumatoide (FR) 1.033 UI/ml y una ligera elevación de las transaminasas. Se realiza consulta virtual con reumatología para valorar la elevación del FR sin clínica articular, y se recomienda un estudio serológico de hepatitis. Se confirma hepatitis subaguda y se deriva a digestivo. Se completa el estudio con carga viral. Desde la mutua laboral, al iniciar la actividad en la residencia, se le ofreció vacunarse del virus de la hepatitis B (VHB), pero lo rechazó por creencias personales. Niega situaciones de riesgo evidentes para contagio.

Juicio clínico: Infección crónica por VHB mutante precore (antígeno e [HBeAg] negativo) en paciente de riesgo por el hecho de trabajar en un centro residencial sin estar vacunada. Diagnóstico diferencial: Anemia, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, artritis reumatoide, hipotiroidismo.

Tratamiento y evolución: Seguimiento analítico y ecográfico por digestivo. Pendiente de Fibroscan® por el riesgo elevado de que estas cepas desarrollen daño hepático. Entonces sería candidato a un tratamiento con antivíricos.

Conclusiones: Ante un cuadro de astenia con síndrome constitucional, aunque se presenten síntomas relacionados con la esfera emocional, es importante hacer un diagnóstico diferencial de manera precoz. El FR puede ser positivo en numerosas enfermedades reumatológicas, pero también en personas sanas, enfermedades infecciosas, neoplasias y enfermedades inflamatorias crónicas (hepatopatía crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), entre otras. El uso de interconsultas virtuales con otros especialistas favorece una resolución precoz de problemas de salud. Es importante trabajar las creencias en relación con vacunas y mostrar los riesgos que puede suponer no realizar la vacunación en determinadas situaciones.

Open Acces creative commons

Anna Deu Martínez
Marta Pedrol Llirinós
Clara Sabatés Coll

Contacte:
clarasabatescoll@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5636

Doctora, a la nit m'ofego

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dispnea nocturna.

Enfocament individual: Antecedents: Home de 82 anys, exfumador. Cardiopatia hipertensiva amb fracció d'ejecció (FE) intermèdia, malaltia pulmonar obstructiva crònica moderada (MPOC). Consulta per dispnea nocturna associada a dificultat per a la deglució de la saliva, de predomini nocturn, intolerància al decúbit i veu engolada. Exploració física: Lleu eritema d'úvula, analítica normal. Radiografia de tòrax: Atrapament aeri, índex cardiotoràcic (ICT) augmentat. Fibrolaringoscòpia fins als primers anells traqueals: Fosses nasals molt seques, resta normal. Tomografia axial computada (TAC) toràcica: Nòdul sòlid de 18 x 13 mm al lòbul superior esquerre, probablement neoproliferatiu; nòdul satèl·lit de 12 mm al lòbul superior esquerre i 2 lòbuls al lòbul superior dret. Broncoscòpia: Desestructuració anatòmica de l'arbre bronquial, amb broncomalàcia i tràquea en sabre, entrades dels bronquis lobulars superior i inferior esquerres (BLSE i BLIE) més estretes i també entrada de lòbul mig més estreta.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Es tracta d'un pacient d'edat avançada amb dispnea de predomini nocturn. Sense clínica, exploració física ni dades analítiques o radiològiques d'insuficiència cardíaca ni de descompensació de l'MPOC. Consulta en nombroses ocasions al servei d'urgències. Es deriva a otorrinolaringologia. La fibrolaringoscòpia no mostra troballes destacables. Se sol·licita TAC toràcica que objectiva varis nòduls pulmonars. En l'estadiatge i per obtenir una mostra histològica es realitza broncoscòpia que dona el diagnòstic. La traqueobroncomalàcia és una malaltia de la via aèria central, amb debilitat de la paret traqueal i bronquial per la destrucció dels cartílags. Es produeix un estrenyiment, especialment durant l'espiració. La tràquea en sabre és una de les seves manifestacions. Símptomes crònics: Dispnea, ortopnea, tos crònica, dificultat per expectorar les secrecions i augment de les infeccions recurrents. Es pot confondre amb l'MPOC o l'asma.

Tractament: Control de les malalties concomitants +/- pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP) +/- col·locació de stents.

Conclusió: La traqueobroncomalàcia apareix principalment en homes d'edat avançada amb antecedents d'exposició a cigarrets. La broncoscòpia permet realitzar el diagnòstic. La clínica és la clau del diagnòstic. Els pacients simptomàtics es poden beneficiar d'un tractament quirúrgic.

Celia Tajada Vitales
Iñigo Miranda García
Ana Isabel Mendoza Aguilar

Contacte:
anabelmendoza93@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5637

Edema de extremidad inferior. Diagnósticos diferenciales desde Atención Primaria

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de la consulta: Edema en una extremidad inferior.

Enfoque individual: Hombre de 70 años sin antecedentes de interés consulta en urgencias hospitalarias por dolor brusco en la extremidad inferior derecha, de 7 días de evolución. Exploración: Edema hasta el tobillo que imposibilita deambulación, dolor en la fosa posterior de la rodilla, músculo gastrocnemio, sóleo y distal de tibia. Conserva fuerza y sensibilidad; signo de Homans dudoso. Se orienta como trombosis venosa profunda (TVP), en la escala de Wells 2 puntos y dímero d elevado, ECO-Doppler sin signos de TVP. El paciente reconsulta dos ocasiones más en urgencias por persistencia de la clínica. Acude al médico de Atención Primaria, que destaca edema importante sin fóvea desde la rodilla al tobillo y hematoma de declive en zona maleolar externo. Se le vuelve a interrogar y refiere que, a raíz de un mal gesto, empezó la clínica, sin antecedentes de inmovilización ni alteraciones en la coagulación. Gonalgia en meses previos con signos degenerativos en la radiografía. Se solicita ecografía de partes blandas, que demora 28 días e informa de posible rotura de quiste de Baker. Resonancia magnética: Meniscopatía degenerativa destructiva. Quiste de baker con signos de fisuración a tejidos blandos adyacentes.

Juicio clínico: Rotura de quiste de Baker y meniscopatía degenerativa destructiva. Diagnóstico diferencial: TVP, rotura fibrilar muscular, celulitis y, linfangitis.

Tratamiento y evolución: Artrocentesis de rodilla derecha. Traumatología indica infiltraciones y rehabilitación.

Conclusiones: Ante dolor y signos locales de inflamación es importante descartar una TVP. Existen patologías que pueden presentar síntomas similares, como la rotura de quiste de Baker, que es un quiste sinovial en el hueco poplíteo de la rodilla producido por artrosis, lesión meniscal o artritis reumatoide, y puede romperse simulando una tromboflebitis con mucho dolor. Una vez descartada la TVP hay que buscar posibles etiologías, realizar una historia clínica y exploración física correctas, fundamentales para el diagnóstico diferencial. El acceso a la ecografía desde Atención Primaria en determinadas patologías podría dar rapidez diagnóstica y evitar derivaciones al hospital u otros especialistas.

Open Acces creative commons

Ana Yeste Piquer
Alba Blanch Mon

Contacte:
anayestepiquer@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5638

Repercussions darrere de la carcassa

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Dolor i inflamació a la mama dreta des de fa 4 mesos.

Història clínica: Enfocament individual: Home de 46 anys, consumidor habitual de cànnabis i amb antecedents de dislipidèmia, en tractament dietètic, refereix dolor i inflamació a la mama dreta des de fa 4 mesos. A l'exploració física s'hi palpa zona d'induració, sense adenopaties regionals. Se sol·licita ecografia de mama on es descarten dades de malignitat. Es realitza analítica on destaca l'elevació de l'hormona estimulant del folicle (FSH), hormona luteïnitzant (LH) i prolactina. Amb aquests resultats analítics, l'equip es posa en contacte amb endocrinologia, que recomana derivació preferent per a estudi.

Enfocament familiar i comunitari: El pacient viu amb el seu fill de 7 anys, i disposa d'una xarxa social àmplia. Informàtic de professió.

Judici clínic: Ginecomàstia d'origen tumoral.

Diagnòstic diferencial: Pseudoginecomàstia, neoplàsia (mamària, testicular o adrenal), trastorns hereditaris o endocrinopaties, hepatopatia crònica, lipoma o quist, hematoma, mastitis, causa tòxica, farmacològica o idiopàtica.

Tractament i plans d'actuació: Es deriva al servei d'endocrinologia via preferent per a valoració i estudi.

Identificació de problemes: Dolor i engrandiment mamari, repercussió estètica

Evolució: Des d'endocrinologia es fa nova analítica per descartar causes secundàries de ginecomàstia, així com una prova de neuroimatge.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família): En cas de ginecomàstia és prioritari descartar causes neoplàsiques amb proves d'imatge, considerar la seva possible relació amb drogues o fàrmacs i fer la derivació per a l'estudi davant d'alteracions analítiques.

Silvia Zamora Mestre
Jordi Escudero Taltavull
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5639

Anàlisi estadística dels resultats de l'enquesta five facet *mindfulness* questionnaire en una mostra petita en comparació amb els resultats teòrics. Prova T de Student-Fisher i proves paramètriques?

Objectiu: Analitzar els resultats de l'enquesta Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) dels treballadors d'un centre d'Atenció Primària (CAP) que participen en un programa de mindfulness (Mindfulness-based cognitive therapy; MBCT) comparats amb una mitjana teòrica definida en altres estudis. Es comparen proves paramètriques i no paramètriques.

Metodologia: Estudi descriptiu,transversal i restrospectiu de l'avaluació de l'enquesta FFMQ dels participants del programa de mindfulness, amb 39 ítems (escala Likert amb rang des d'1, mai, fins a 5, molt sovint) que mesuren la tendència general a procedir amb atenció amb cinc facetes.

Resultats: Univers de 17 participants: Metges/ses, 29,4%; administratius/ves, 29,4%; infermers/eres, 17,7%; treball social, 11.7%; pediatres 5,9%; infermers/eres de pediatria 5.9%. **1.** Faceta d'observació: No vulnera la normalitat: Coeficient d'asimetria, 0,28 ($p = 0,5$). Prova de Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,9$) i test de Shapiro-Wilk ($p = 0,5$). Mitja: 21,5. Mitjana: 20. Mitja teòrica: 30,8. Prova t de Student-Fisher: Els participants del CAP presenten una puntuació 8,53 punts, més baixa que la mitja teòrica ($p < 0,005$. IC 95%: -115 a -5,56). Proves no paramètriques: Prova del signe ($p < 0,005$) i prova T de Wilcoxon ($p < 0,005$). **2.** Faceta d'escriure: No vulnera la normalitat: Coeficient d'asimetria: 0,15 ($p = 0,74$). Prova de Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,9$). Test de Shapiro-Wilk ($p = 0,86$). Mitja: 26,17. Mitjana: 25. Mitja teòrica: 27,9. Prova t de Student-Fisher: Els participants del CAP presenten una puntuació d'1,72 punts, més baixa que la mitja teòrica ($p = 0,23$. IC 95%: -4,71 a 1,26). Proves no paramètriques: Prova del signe ($p = 0,63$) i prova T de Wilcoxon ($p = 0,29$). **3.** Faceta d'actuació amb consciència: No vulnera la normalitat: Coeficient d'asimetria, -0,1 ($p = 0,82$). Prova de Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,99$). Test de Shapiro-Wilk ($p=0,95$). Mitja: 23,41. Mitjana: 27. Mitja teòrica: 23,5. Prova t de Student-Fisher: Els participants del CAP presenten una puntuació de 0,09 punts, més baixa que la mitja teòrica ($p = 0,95$. IC 95%: -2,80 a 2,63). Proves no paramètriques: Prova del signe ($p = 0,63$) i prova T de Wilcoxon ($p = 0,006$). **4.** Faceta d'enjudiciament: No vulnera la normalitat: Coeficient d'asimetria, -0,44 ($p = 0,36$). Prova de Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,8$). Test de Shapiro-Wilk ($p = 0,51$). Mitja: 25,12. Mitjana: 27. Mitja teòrica: 27. Prova t de Student-Fisher: Els participants del CAP presenten una puntuació d'1,88 punts, més baixa que la mitja teòrica ($p = 0,2$. IC 95%: -4,92 a 1,16). Proves no paramètriques: Prova del signe ($p = 0,63$) i prova T de Wilcoxon ($p = 0,3$). **5.** Faceta de no reactivitat: No vulnera la normalitat: Coeficient d'asimetria, -0,36 ($p = 0,45$). Prova de Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,84$). Test de Shapiro-Wilk ($p = 0,7$). Mitja: 18,88. Mitjana: 19. Mitja teòrica: 22.6. Prova t de Student-Fisher: Els participants del CAP presenten una puntuació de 3,72 punts, més baixa que la mitja teòrica ($p < 0,005$. IC 95%: -5,27 a -2,17). Proves no paramètriques: Prova del signe ($p < 0,005$) i prova T de Wilcoxon ($p < 0,05$).

Discussió: La mitja de les cinc facetes observades és més baixa que les mitges teòriques, però només presenta significació estadística en les facetes d'observació (capacitat d'estar atent, conscient de l'experiència del moment) i de no reactivitat (observant sensacions, percepcions, pensaments i sentiments, i actuant conscientment). En les cinc facetes s'ha evidenciat que no existeix vulneració de la normalitat. Això permet l'anàlisi amb una prova t de Student-Fisher.

Open Acces creative commons

Alessia Castellano Suárez
Maria Teresa Alzamora Sas
Julia Orós Muñoz

Contacte:
joroszgz@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5640

Debilidad en extremidades inferiores. La importancia de tener presente la iatrogenia

Ámbito: Urgencias.

Motivo de consulta: Pérdida de fuerza en extremidades inferiores (EEII) desde hace 2 semanas.

Historia clínica: Hombre de 85 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus de tipo 2, infarto agudo de miocardio (IAM) inferoposterior (1991), IAM (2019) con colocación de stent farmacoactivo, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, anemia normocítica normocrómica. En julio 2019 sufre una pérdida de fuerza progresiva en las EEII, de dos semanas de evolución, hasta una caída en domicilio por incapacidad de bipedestación. Exploración física: Anodina, excepto respecto a la fuerza de las EEII (3/5), incapacidad de bipedestación, marcha atáxica y reflejos abolidos en las EEII. Exploraciones complementarias: Analítica: Hemograma normal. Glucosa: 191; creatinina: 1,64; urea: 92, y PCR 45 mg/dl. FG: 35,57 ml/min; CPK 4.084 U/l, resto de la bioquímica normal. Evolución 24 horas: Colesterol total, 157 (HDL, 33 y LDL, 65) y triglicéridos, 294 mg/dl, CPK 3.334 y aldolasa 47 U/l. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal, radiografía de pelvis y punción lumbar normales. Radiografía lumbar: Pérdida de altura en D5-D6. Resonancia magnética cervicodorsolumbar: Signos degenerativos sin afectación radicular lumbar. Electromiograma de las EEII: Normal, excepto nervios peroneos con mayor latencia de excitación. Serologías inmunoglobulina G anti Campylobacter jejuni positivo, resto negativo. Marcadores tumorales negativos.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: El paciente presentaba miopatía por estatinas a raíz del aumento de la dosis: De simvastatina 40 mg a atorvastatina 80mg (1 mes tras IAM y cambio de dosis). Se planteó el diagnóstico diferencial con fractura de fémur patológica, compromiso radicular por espondiloartrosis, focalidad neurológica, atrofia muscular tras ingreso, alteraciones electrolíticas (hipopotasemia-hipocalcemia), síndrome paraneoplásico, infección del sistema nervioso central o empeoramiento de anemia, que se descartaron con las exploraciones complementarias.

Tratamiento y planes de actuación: Se retiró atorvastatina y se sustituyó por ezetimiba. Se mantiene asintomático hasta el momento.

Conclusiones: El deterioro no siempre es «cosa de la edad». Valorar riesgo-beneficio antes de iniciar tratamiento: «Nada es inocuo». La desprescripción es tan importante como la prescripción. Obviar la iatrogenia puede suponer pruebas invasivas innecesarias.

Daniel Repullo Merchán
Carmen Durán Jiménez
Ana Aguilar Margalejo

Contacte:
annamar451@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5641

¿Se podría haber evitado?

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Hiperglicemia.

Historia clínica (autorizada por el paciente): 2010, hombre de 34 años muestra en la analítica de empresa una glicemia de 310 mg/dl. En consulta, glicemia: 205 mg/dl, sin cetonuria, sin clínica insulinopénica, sin otros antecedentes ni hábitos tóxicos. Alimentación rica en grasas, ultraprocesados, 3-4 litros de bebidas azucaradas/día. Índice de masa corporal (IMC): 31. Se solicita analítica y visita con enfermería. Hemoglobina glicosilada (HbA1c): 9'5%; triglicéridos: 254 mg/dl; LDL: 126 mg/dl, función renal normal. Electrocardiograma normal. Tratamiento: Educación diabetológica, metformina. No acude a control. En 2012 reaparece por cuadro banal. Analítica: HbA1c: 10'8%. Mantiene los mismos hábitos alimentarios. IMC: 33. Tratamiento: Metformina, sulfonilureas. Rechaza insulinización. No acude a control. No se le localiza. 2013: Ingreso con HbA1c: 12%. 1. Cetoacidosis. 2. Amputación de dos dedos del pie izquierdo. Tratamiento: Insulinización, metformina. Al alta se consigue vinculación con Atención Primaria (tratamiento, curas, educación diabetológica) a pesar de la discontinuidad laboral en el puesto de enfermería de referencia. 2014: Retinopatía proliferativa. HbA1c: 8'6%; IMC: 33. Se añade péptido similar al glucagón 1 (GLP1). Problemática de vivienda, cambia de barrio, abandona controles. 2016: Ingreso por osteomielitis del pie derecho. Al alta: HbA1C: 6'9%, cociente albúmina/creatinina: 245 mg/g. Hipertensión arterial tratada con enalapril. Reanuda controles en Atención Primaria y endocrinología. 2017: HbA1c: 6'7%; cociente albúmina/creatinina: 353 mg/g; filtrado glomerular (FG): 55%. Derivación a nefrología. Se añade empaglifozina. 2018: Clínica depresiva e incumplimiento terapéutico. HbA1c: 11'4%; FG: 35%; proteinuria: 5g/l. Mal pronóstico por proteinuria rápidamente progresiva. Se cambia metformina por linagliptina. 2019: Empeoramiento generalizado. HbA1c: 13'8%; FG: 22%; proteinuria: 9 g/l.

Actualidad: 43 años, diabético con arteriopatía grave, retinopatía, en hemodiálisis. No trabaja (discapacidad: 66%). Vive con los padres, uno dependiente.

Conclusiones: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con importantes complicaciones. La longitudinalidad característica de Atención Primaria permite actuar para evitarlas o retrasarlas. Como estrategia de mejora deberíamos tender a un abordaje multifactorial y tener presentes otros aspectos además del farmacológico: Educación nutricional poblacional. Empoderamiento del paciente favoreciendo el conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad. Influencia de determinantes sociales. Apoyo psicológico. Proactividad. Acción conjunta entre diferentes niveles de atención sanitaria.

Open Acces creative commons

Marc Jiménez Gallofré
Clara Sabatés Coll
Anna Deu Martínez

Contacte:
anna.deu.mtz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5642

Més enllà del bloqueig de branca

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Alteració electrocardiogràfica. Sense antecedents patològics d'interès.

Anamnesi: Pacient de 20 anys que consulta perquè presenta alteració electrocardiogràfica trobada en una pràctica universitària de fisiologia de forma incidental. Refereix algun episodi de palpitacions en repòs, que s'autolimita en minuts. Nega dolor toràcic, síncopes o cap altra clínica. Aporta electrocardiograma (ECG) realitzat, hi destaca la morfologia de bloqueig de branca esquerra.

Exploració física i analítica amb funció tiroïdal sense alteracions: Electrocardiograma: Taquicàrdia sinusal a 110 ppm. QRS ample amb morfologia de bloqueig de branca esquerra (BBE). Ona delta present a V2-V6. Prova d'esforç: Ona delta amb BBE que quan augmenta la freqüència cardíaca (FC) desapareix. Reapareix de forma immediata amb la recuperació de la FC basal. Holter ECG: Ritme sinusal durant tot el registre amb morfologia de BBE. Extrasístoles ventriculars aïllades. Ecocardiograma i ressonància magnètica cardíaca: Moviment anòmal al septe interventricular. Resta normal.

Tractament: Es realitza estudi electrofisiològic, amb ablació de via accessòria posterolateral dreta. ECG posterior: Desaparició de les alteracions.

Discussió: Ens trobem davant d'un cas de patró de Wolff-Parkinson-White (WPW). La seva incidència es calcula entre un 1 i 2/1.000 habitants. Cal distingir l'alteració electrocardiogràfica asimptomàtica (patró de WPW) de la síndrome de WPW, que inclou l'aparició de taquiarrítmies. No obstant això, alguns pacients amb patró de WPW desenvolupen arrítmies posteriorment (taquicàrdia reentrant per AV, fibril·lació auricular ràpida, etc.), que s'associen a un risc de mort sobtada del 0,39% anual.

Julia Orós Muñoz
Maite Alzamora Sas
Alessia Castellano Suárez

Contacte:
alessiacastellanosuarez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5643

Hiperemesis cannabinoide. Un diagnóstico a tener en cuenta

Descripción del caso: Mujer de 25 años, fumadora crónica de cannabis con antecedentes de legrado uterino por aborto hace 4 años y epigastralgia de larga evolución. Rechazó fibrogastroscopia para completar estudio. Acude a urgencias hospitalarias por epigastralgia, náuseas y vómitos incoercibles sin productos patológicos, de 8 horas de evolución tras fumar 2 cigarros de cannabis, sin otra sintomatología acompañante. En su historial constan varias visitas a urgencias por el mismo motivo. Se solicita analítica y análisis de orina. Se pauta pantoprazol, paracetamol, metoclopramida y metamizol endovenosos y se mantiene en observación.

Exploración física y pruebas complementarias: En la exploración física, únicamente presenta discreto dolor a la palpación en epigastrio. La analítica sanguínea, que incluye hemograma, bioquímica, coagulación y el sedimento de orina, no muestra alteraciones. En la detección de tóxicos en orina se observa resultado positivo para anfetaminas y cannabis.

Juicio clínico: La paciente refiere mejoría del dolor en el epigastrio, pero continúa presentando las náuseas y vómitos a pesar de la medicación administrada. Se realiza analítica de control que resulta normal. La orientación diagnóstica es de hiperemesis cannabinoide. Se indican duchas con agua caliente y se administra haloperidol 5 mg endovenoso. La paciente muestra clara mejoría hasta encontrarse asintomática. Los vómitos ceden por completo y presenta correcta tolerancia a la ingesta.

Tratamiento: Suprimir el consumo de cannabis.

Comentario final: Todos los estudios coinciden en observar escasa o nula respuesta a los antieméticos habituales en casos de hiperemesis cannabinoide. Los baños de agua caliente constituyen un elemento determinante para la correcta orientación diagnóstica. El mecanismo por el cual el haloperidol reduce los síntomas se podría relacionar con el bloqueo de los receptores postsinápticos de dopamina a nivel cerebral, lo que disminuye la estimulación del vómito a nivel medular.

Open Acces creative commons

«Atenció domiciliària, bon dia, digui?» Utilitat de l'atenció telefònica en pacients en atenció domiciliària

Laura Grau Beltran
Maria Gelonch Monne
Amàlia Morro Grau
Sílvia Hernández Anadón
Anna Moragas Moreno
Sílvia Crispi Cifuentes

Contacte:
scrispi.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5644

Objectiu: Davant les noves necessitats de salut, els equips d'Atenció Primària (EAP) busquen models assistencials alternatius que proporcionin una millor gestió dels casos. L'any 2018 es creà un equip d'atenció domiciliària (ATDOM) integrada dins l'EAP, amb un metge i tres infermeres, que atenen pacients en situació de complexitat clínica (pacients crònics complexos [PCC], amb malaltia avançada i pronòstic de vida limitada [MACA], amb fragilitat). S'ofereix la possibilitat de contactar el telèfon directe durant dues hores diàries, amb la finalitat de millorar l'accessibilitat, augmentar la resolució i potenciar el bon ús de les vies preferents d'atenció. El nostre objectiu és descriure l'atenció telefònica de l'equip ATDOM i quantificar-ne la capacitat resolutiva.

Pacients i mètodes: Estudi descriptiu retrospectiu. S'inclouen els pacients en el programa d'ATDOM (n = 294). Es revisa el registre de trucades dels darrers sis mesos i s'analitzen els motius de consulta, el temps de resolució i el tipus d'assistència.

Resultats: Cada setmana es reben entre 50 i 70 trucades telefòniques. Els motius de consulta són: Dubtes de tractament, 20,6%; empitjorament clínic d'una patologia crònica, 25%; clínica intercurrent, 30,5%; informes i receptes, 15%, i altres 8,9%. Quant al temps de resolució de la demanda i el tipus d'assistència, el 47% es resolen en la mateixa trucada, el 15% necessita tasques administratives que se solucionen durant la setmana, l'11% genera una trucada al professional referent en 24 h i el 27% necessita una visita al domicili que es programa per al mateix dia (11% del total), 24-48 h (11%) i en 48-72 h (5%).

Conclusions: El temps assistencial dedicat a l'atenció telefònica dels pacients d'ATDOM és una estratègia útil, ja que gairebé la meitat de la demanda obté resposta de forma immediata. És una activitat altament resolutiva, que permet prioritzar i programar l'assistència en un termini màxim de 72 h. És una eina que ordena la demanda aguda, millora l'accessibilitat i genera seguretat i confiança en els pacients, fomentant l'autocura i l'empoderament. Promou el treball en equip i la continuïtat assistencial.

De veure-hi doble a no poder respirar

Maria del Mar Huercio Puentes
Sígrid Bonvehí Nadeu
Mireia Vicente Mora

Contacte:
m.vicentemora@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5645

Àmbit del cas: Atenció Primària, oftalmologia i neurologia.

Motiu de consulta: Diplòpia vertical i ptosi palpebral esquerra.

Història clínica: Enfocament individual: Dona de 62 anys, hipertensió arterial, dislipèmia, hipotiroïdisme. Anamnesi: Acut a Atenció Primària per diplòpia vertical progressiva d'un mes d'evolució, acompanyada de ptosi lleu esquerra, valorada per oftalmologia com a paràlisi del IV parell cranial de causa no oftalmològica i es recomana descartar una causa central. Exploració física: Hemodinàmicament estable. Afebril. Auscultació cardiorespiratòria normal. Neurològica: Diplòpia monocular, ptosi palpebral esquerra, que empitjora amb la repetitivitat, i limitació de la mirada lateral externa. Proves complementàries: Tomografia axial computada cranial normal.

Judici clínic: Ptosi palpebral, oftalmoparèsia del IV parell.

Diagnòstic diferencial: Causes neurògenes (paràlisi motor ocular comú, síndrome de Horner, sincinèsies), miògens adquirits (miastènia greu, distròfia miotònica) alteracions de l'aponeurosi (involutiva per edat), mecànica.

Identificació de problemes: Quan la pacient acut per conèixer els resultats, la ptosi és ja bilateral i la diplòpia binocular, més intensa i clarament fatigable.

Tractament i plans d'actuació: Es reorienta el diagnòstic diferencial cap a una possible miastènia greu ocular. Es remet a neurologia i es demana una anàlisi amb anti-receptor d'acetilcolina (positiu) i antimusk (negatiu).

Evolució: Mentre espera visita de neurologia, s'afegeix progressivament disàrtria, disfàgia i lleu sensació dispneica. Es remet a urgències hospitalàries, hi ingressa i presenta fluctuacions clíniques, fet que suggereix fatiga muscular. Electromiografia de fibra única compatible amb miastènia greu. La pacient empitjora clínicament i apareix insuficiència respiratòria. S'inicien immunoglobulines, corticoteràpia i ventilació mecànica no invasiva, amb ingrés a la UCI. Evolució favorable, alta amb tractament amb piridostigmina.

Conclusions: La diplòpia i la ptosi són motius de consulta freqüents en Atenció Primària que ens han d'alertar d'una possible patologia greu concomitant. La miastènia greu ocular pot evolucionar a miastènia generalitzada i crisi miastènica.

Open Acces creative commons

Mareig... ansietat o alguna cosa més?

Anisley Sánchez Diéguez
Cruz María Fuentes Bellido
Verònica Torras Vives

Contacte:
vtorras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5646

Àmbit del cas: Servei d'urgències, multidisciplinari.

Motiu de consulta: Mareig, desorientació al despertar, dificultat per planificar accions.

Història clínica: Enfocament familiar i comunitari: Viu amb el marit i la filla. La família i els companys de feina atribueixen inicialment la simptomatologia a l'ansietat per a la qual es tracta i que va motivar una baixa per mobbing laboral. Enfocament individual. Antecedents patològics: Trastorn ansiós depressiu, diabetis mellitus de tipus 1. Anamnesi: Mareig, desorientació, accions descoordinades durant 4 h a la feina i desviació de la comissura bucal; se la va dur a urgències. Exploració: Conscient, afàsia global, desviació comissura bucal, glicèmia de 170 mg/dl.

Proves complementàries: Defecte de repleció a nivell d'M1 a l'artèria cerebral mitjana esquerra.

Judici clínic i evolució: S'activa Codi Ictus; es desestima la fibrinòlisi per les hores d'evolució i es realitza tractament endovascular amb recanalització i obtenció de material trombòtic. Degut a l'aparició de febrícula en un context de flebitis, es practica ecocardiograma que objectiva dues masses a la vàlvula mitral, d'origen inflamatori autoimmune o bé neoplàsic. Tomografia axial computada (TAC) d'abdomen: Múltiples lesions hipodenses hepàtiques, lesió renal dreta de probable origen infecciós o isquèmic. Proteïna CA-19-9 i alfafetoproteïna elevades. Biòpsia amb agulla gruixuda guiada per ecografia (BAG) hepàtica amb hemoperitoneu massiu secundari a un sagnat arterial, i necessita embolització. Anatomia patològica: Infiltració per adenocarcinoma, suggestiva d'origen gastrobiliopancreàtic o mamari. Malgrat les mesures de reanimació la pacient fou èxitus. Els diagnòstics diferencials inicials van ser la síndrome ansiosa i l'ictus isquèmic. L'evolució de la malaltia i els estudis complementaris van mostrar endocarditis tumoral, metàstasis hepàtiques de neoplàsia d'origen desconegut.

Conclusions:

1. La complexitat i diversitat de manifestacions de les neoplàsies amb presentacions atípiques ens han de fer pensar en la seva existència.
2. Les complicacions que poden aparèixer en els estudis complementaris invasius ens han de fer pensar en la importància de la informació als pacients.
3. Posar en evidència la dificultat i el retard diagnòstic o terapèutic quan estigmatitzem els pacients segons les seves patologies prèvies, com l'ansietat.

Detección de arteriopatía periférica en Atención Primaria

Maria Josep López Gómez
María Teresa Ros Elvira
Nuria Renom Matas
Blanca Hernández Vian
Sergio Alonso Fernández
Alba Llovet Viaplana

Contacte:
alballovet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5647

Objetivo: Conocer el perfil del paciente a quien se ha realizado un índice tobillo-brazo (ITB) en nuestro centro.

Material y método: Estudio observacional transversal retrospectivo. Ámbito: Centro de Atención Primaria. Participantes: Usuarios a los que se les realizó un ITB durante un año. Muestreo no probabilístico consecutivo. Variables: Presencia de arteriopatía (principal), sociodemográficas y clínicas, actuación y derivación posterior. Las mediciones fueron realizadas por profesionales entrenados y con el mismo dispositivo. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS® v. 15.

Resultados: Universo: 146 pacientes. Edad media de 70.86, ±12.04. Motivos de solicitud del ITB: Dolor en miembros inferiores (49%) y no palpación de pulsos (25,3%). Arteriopatía: 74 (51,4%). Factores de riesgo cardiovascular: Obesidad, 77 (53,1%); fumar, 31 (21,2%); hipertensión, 109 (74,7%); diabetes, 92 (63%), y dislipemia, 90 (61,6%). Fueron derivados a cirugía vascular el 24,7% de los pacientes.

Conclusiones: Al igual que en otros estudios, el perfil del paciente a quien se realiza el ITB se corresponde con una persona de edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular y con dolor en miembros inferiores como motivo de derivación principal. El ITB es útil en la detección precoz de arteriopatía. El papel de la Atención Primaria es clave en la detección y aplicación de medidas de prevención primaria y secundaria.

Open Acces creative commons

L'ansietat en la consulta d'Atenció Primària, una patologia en augment

Georgina Mariné Llauradó
Olga Doblado López
Adrián López Lorente
Carmen Traver Rizzolis
Francesc Margalef Pallarés

Contacte:
fmargalef@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5648

Objectiu: Analitzar les característiques dels pacients i l'actuació del seu metge de família en una patologia molt prevalent en la consulta d'Atenció Primària: L'ansietat.

Material i mètodes: Estudi descriptiu retrospectiu transversal dels pacients visitats per ansietat des de l'1 de gener de 2018 fins a l'1 de juliol de 2019 en un centre d'Atenció Primària urbà, mitjançant la revisió de la història clínica. Variables: Sexe, edat, depressió associada, causa de l'ansietat, nombre de visites per aquest motiu, actuació en la 1a visita, tractament (no farmacològic/farmacològic), incapacitat Temporal i la seva durada, patologies concomitants relacionades, derivació a altres professionals. Paquet estadístic SPSS® Statistics v. 26.0. Estudi limitat per la dificultat de trobar dades subjectives referides pel pacient en la seva història clínica.

Resultats: Univers: 1.226 pacients. Dones: 68,8%; homes: 3,12%. Grups d'edat: <30 anys (20%), 30-65 anys (66,2%; el 67,7%, dones), >65 anys (13,8%). Amb depressió associada: 6% (el 77%, dones), dels quals el 55% es troben en tractament farmacològic. Causa: Laboral (26,3%), salut (18,8%), parella (11%), varis (6%) i no consta (37,9%). Visites de seguiment: 1 (43,3%), 2 (20,7%), 3 (12,3%) i 4 (7,5%). Mesures no farmacològiques en la 1a visita: 80%, però en les següents es prescriu tractament farmacològic en el 46%. Ocasiona incapacitat temporal: 19,1% (durada mitjana de 583 dies), dels quals el 60% es troben en tractament farmacològic. Patologies concomitants: Fibromiàlgia (38%), mal d'esquena (23%), dermatitis (8%), vertigen/mareig (5%), còlon irritable (2%). Control evolutiu: Metge de família (79%), psicòleg (19%), psiquiatra (2%, dels quals el 90% tenen també depressió).

Conclusions: L'ansietat és una causa de consulta molt freqüent en Atenció Primària. Ocasiona un fort impacte en la prescripció de fàrmacs psicòtrops i en l'absentisme laboral. Habitualment es tracta d'una dona de mitjana edat que quasi en la meitat dels casos no respon a mesures no farmacològiques. El metge de família és qui aborda aquesta patologia i en fa el seguiment.

Experiència de seguiment del tractament amb pressió positiva contínua a les vies respiratòries en un centre d'Atenció Primària

Maria Josep López Gómez
Sergi Calero Campo
Natalia Bonnin Pascual
Alba Llovet Viaplana

Contacte:
alballovet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5649

Objectiu: Descriure l'experiència d'una consulta d'infermeria de pressió contínua a les vies respiratòries (CPAP) en un centre d'Atenció Primària.

Descripció: La síndrome d'apnea-hipoapnea (SAHS) del son és un trastorn amb una prevalença del 6-24% en els adults. Des de l'any 2015 es deriven des de la unitat del son al nostre centre els pacients portadors de CPAP amb una bona adaptació i adherència al tractament. Des de l'ambulatori s'ha creat una consulta setmanal on la infermera revisa el manteniment de l'aparell i la interfície (mascareta). Es registren dades en el llibret de control: Pes, tensió arterial, test d'Epworth i mesures d'higiene del son. Quan es creu que és necessari, es realitza una interconsulta per videoconferència amb la unitat del son: Noves titulacions, intolerància a la màquina, canvi d'interfície, inclusió d'humidificador. Si apareix un problema relacionat amb recanvis o amb el funcionament de la màquina, es deriva a l'empresa subministradora.

Conclusions: Des de l'any 2015 s'han atès un total de 163 pacients. S'han realitzat 20 consultes a la unitat del son, 12 d'elles per problemes amb la pressió de la màquina, 8 per canvi interfície i 1 per la necessitat d'humidificador. Del total de 163 pacients hi ha hagut 19 pèrdues: 4 estan inscrits en una altre ambulatori, 11 no porten CPAP, 1 no vol controls al CAP i 3 han estat èxitus.

Aplicabilitat: La SAHS és una patologia crònica cada vegada més freqüent. Una vegada estabilitzada pot ser seguida pels serveis d'Atenció Primària, que són més accessibles. Per poder donar un bon servei és necessari mantenir una comunicació ràpida i efectiva entre els diferents professionals per augmentar la confiança dels usuaris en la descentralització.

Open Acces creative commons

Memoria eléctrica cardiaca

Marta Zacarés Masanet
Jaume Banqué Vidiella
Adrián Cortés Domingo

Contacte:
adrian_cortes7@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5650

Introducción: El fenómeno de memoria eléctrica cardiaca (MEC) se define como cambios electrocardiográficos en la repolarización ventricular que se producen tras el cese de la activación ventricular anormal por un marcapasos (MP), un bloqueo intermitente de la rama izquierda del haz de His, un haz accesorio o tras el cese de arritmias ventriculares. Se manifiesta como alteraciones de la onda T, a menudo mal interpretadas como isquémicas.

Caso clínico: Mujer de 79 años con diversos antecedentes patológicos: Cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, dislipemia, neoplasia bilateral de mama, portadora de marcapasos monocameral ventricular (marcapasos de estimulación ventricular inhibida por sensibilización ventricular con respuesta de la frecuencia [VVIR]). Acude al centro de Atención Primaria (CAP) por dolor precordial atípico. En la exploración física no se objetivan hallazgos patológicos de interés. Se realiza un electrocardiograma (ECG) que muestra un ritmo propio con presencia de ondas T negativas en derivaciones DI, aVL y V2. Dados los hallazgos electrocardiográficos se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia para descartar isquemia coronaria. Se realiza un nuevo ECG: Se objetiva ritmo del marcapasos sin presencia de ondas T negativas y se considera el dolor precordial de un origen distinto al cardíaco. En un nuevo control en el CAP se consulta el caso con el servicio de cardiología y se efectúa el diagnostico de inversión de las ondas T por MEC.

Comentario: La MEC se puede dar en distintas circunstancias. En nuestro caso aparece con la recuperación transitoria del ritmo sinusal propio después de un cierto tiempo de estimulación ventricular por marcapasos. Si la condición anterior se presenta asociada a un dolor precordial, el diagnostico de MEC es más complejo. El conocimiento de este fenómeno es de suma importancia a la hora de diferenciarlo de una verdadera isquemia miocárdica.

Què s'amaga sota una ferida que no es cura?

Carlota Ciudad Álvarez
Núria Arcusa Villacampa
Montse Beà Bernaus

Contacte:
montsebeabernaus@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5651

Motiu de consulta: Dona de 80 anys que consulta per dolor, supuració d'escasses setmanes d'evolució a la regió esternal.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents de neoplàsia de mama als 53 anys (mastectomia + quimio- i radioteràpia), miocardiopatia dilatada secundària a quimioteràpia amb fracció d'ejecció disminuïda. Tuberculosi pleural en la infància, insuficiència renal crònica en estadi IIIA, carcinoma basocel·lular a l'extremitat inferior esquerra. Anamnesi: Presenta dolor, envermelliment i supuració de material purulent de setmanes d'evolució en el lloc de la cicatriu de la mastectomia esquerra de fa 27 anys. Exploració: Normotensa, afebril, cicatriu de mastectomia eritematosa amb placa indurada i drenatge espontani d'exsudat blanquinós de consistència pètria.

Proves complementàries: Cultiu de la ferida: Morganella morganii. Radiografia de tòrax: Índex cardiotoràcic (ICT) > 0,5, vessament pleural esquerre. Ecografia de parts toves: Calcificacions exuberants a l'articulació esternocostal esquerra, signes inflamatoris compatibles amb cel·lulitis sense col·leccions.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Insuficiència cardíaca aguda (vessament pleural associat). Cel·lulitis de ferida quirúrgica antiga. Osteïtis per radiació a ferida quirúrgica. Carcinoma espinocel·lular a ferida quirúrgica. Recidiva de neoplàsia de mama.

Tractament i plans dactuació: S'inicia amoxicil·lina/clavulànic 875/125 mg 10 dies; posteriorment apareix febrícula, es revisa cultiu i s'inicia ciprofloxacina 750 mg/12 h, 10 dies. Es remet a la unitat de diagnòstic ràpid.

Evolució: En la UDR es realitza ressonància magnètica que confirma osteïtis. Es perllonga fins a 6 setmanes l'antibioteràpia. Es procedeix a una toracocentesi, que mostrant transudat en líquid pleural compatible amb insuficiència cardíaca i es realitza mamografia, que mostra BIRADS 2 (absència de malignitat).

Conclusions: En un pacient pluripatològic cal realitzar una valoració integral i un diagnòstic diferencial ampli. L'existència de complicacions tardanes secundàries a tractaments oncològics obliga al metge de família a formar-se per millorar el seu maneig en la pràctica clínica habitual. L'aparició d'osteïtis per radiació dependrà de la dosi de radiació, del temps transcorregut des del tractament, de l'os afectat i de l'existència de traumatisme o d'infecció sobreafegida.

Open Acces creative commons

«Atensió» a les dues mans

Anna Bosch Masgrau
Carmen Moreno Blas
Júlia Casas i Escudero

Contacte:
jcasasescudero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5652

Àmbit del cas: Atenció Primària, cirurgia vascular.

Motius de consulta: Home de 57 anys que consulta per parestèsies a l'extremitat superior esquerra.

Història clínica: Enfocament individual: Fumador amb hàbit enòlic i amb antecedents rellevants medicoquirúrgics. Destaquen hipertensió arterial, hiperlipidèmia, arteriopatia perifèrica que havia requerit bypass aortobifemoral. Es troba en seguiment per cirurgia vascular. Consulta a l'ambulatori per parestèsies al braç esquerre. En l'exploració física destaca un pols radial positiu a l'extremitat superior dreta i una absència de pols axil·lar, humeral i radial a l'extremitat superior esquerra. Es pren la tensió arterial amb xifres de 163/76 mmHg a la dreta i de 141/88 mmHg a l'esquerra. S'indica control tensional per verificar la troballa i s'objectiva una diferència entre les dues extremitats superior a 20mmHg. S'orienta el cas com a possible estenooclusió de l'artèria subclàvia esquerra i es deriva a cirurgia vascular. Se sol·licita una angio-tomografia axial computada (angio-TAC) que confirma que la diferència tensional entre ambdós braços i la clínica són secundàries a una obstrucció anatòmica de l'artèria subclàvia proximal esquerra.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: Estenosi de l'artèria subclàvia esquerra.

Tractament, plans d'actuació i evolució: Es realitza intervenció quirúrgica amb millora de la simptomatologia. En l'exploració física s'objectiva una extremitat ben perfosa amb reaparició de la simetria de polsos perifèrics a les ambdues extremitats superiors.

Conclusions: Aquest cas vol exemplificar la importància que tenen les exploracions físiques innòcues i ràpides. La determinació de la tensió arterial en ambdues extremitats es recomana en diferents guies clíniques. En aquest cas ha permès la recuperació funcional del braç d'un pacient. En un moment de presa de consciència de la importància de la prevenció quaternària reivindiquem la medicina de família centrada a atendre el pacient amb temps i qualitat.

Más vale comunitaria en mano que pastillas volando

Rosa Tasis Fernández
Maribel Pinilla Macarro
Lídia Miró Espasa
Rita Díaz Souto
Olga Colet Villar
Alba Artigues Agramunt

Contacte:
alba.artigues@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5660

Objetivos: Conocer la percepción de la población sobre los Activos en Salud (AS). Valorar conocimientos sobre los AS locales. Conocer si se realiza prescripción social desde el Área Básica de Salud (ABS).

Pacientes y métodos: Estudio transversal descriptivo cualitativo con 120 participantes mediante muestreo accidental. Entrevistas semiestructuradas anónimas en espacios públicos de los municipios del ABS durante 5 días. Se seleccionan personas mayores de edad usuarias del ABS. Limitaciones: Muestra pequeña, franja horaria. Sesgos: Selección y memoria. Marco teórico: Desde el ABS se trabaja en la identificación de AS para la prescripción social, en el contexto de una visión salutogénica de la atención sanitaria. Sin conflicto de intereses.

Resultados: El 70% eran mujeres y la edad media era de 57,5 años. El 63,3% conoce e identifica los AS existentes (44,7% identifica 3 AS) y el 33% los utiliza. De los que usan AS, el 77,5% participan por ocio y el 32,5% por salud; un 95% considera que los AS influyen positivamente en la salud y un 97,5% los recomendaría. El 75% considera que los consejos de salud son muy importantes. Un 30% también da mucha importancia a la medicación prescrita. De los que no usan AS, un 43,3% los usaría pero no lo hace por falta de tiempo; un 82,5% los considera una influencia positiva para la salud, y, a pesar de no usar ninguno, un 43,8% los ha recomendado. El 56,3% considera que los consejos de salud son muy importantes. Un 38,8% también da mucha importancia a la medicación prescrita. Se ha prescrito un AS desde el ABS a un 37,5% de los usuarios y a un 30% de los no usuarios.

Conclusiones: La mayoría conoce e identifica los AS. Los AS se consideran beneficiosos para la salud. Hay baja prescripción social desde el ABS y más teniendo en cuenta que los entrevistados consideran más importante para su salud consejos de salud que la prescripción de medicamentos.

Open Acces creative commons

Júlia Casas i Escudero
Aina Perelló Bratescu
Violeta Gracia

Contacte:
violetaferrerg@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5661

Personal sanitari com a factor protector. Les dues cares de la sanitat pública

Àmbit del cas: Atenció Primària, servei d'urgències.

Motiu de consulta: Dona de 55 anys, fumadora, sense altres antecedents patològics d'interès. Treballa en l'àmbit sanitari. Acut a urgències del seu hospital (perquè el considera el nivell més ràpidament accessible) i refereix sensació distèrmica nocturna amb febrícula ocasional termometrada i amb dubtosa clínica miccional, tractada amb diferents antibiòtics sense millora, d'una setmana d'evolució.

Historia clínica: Enfocament individual. Com a dades objectives en l'exploració física d'urgències únicament destacava una lleu hepatomegàlia. Es realitza una analítica general que mostra valors compatibles amb la normalitat i un sediment urinari sense troballes. Es realitza ecografia abdominal urgent tot i no tenir una indicació evident, que visualitza lesions ocupants d'espai a nivell hepàtic, suggestives de metàstasis d'un possible primari de vies urinàries.

Judici clínic: Mitjançant la correlació clinicopatològica i altres proves complementàries, s'arriba finalment al diagnòstic de neoplàsia de pelvis renal disseminada.

Tractament i evolució: Actualment la pacient es troba a l'espera d'iniciar tractament quimioterapèutic.

Conclusions: Amb aquest cas volem obrir el debat ètic de les diferències que suposa ser treballador de l'àmbit sanitari comparat amb la població general. Ens qüestionem com s'hauria realitzat aquest procés diagnòstic, la dilatació temporal que la sanitat pública suposa i l'acceptació per part dels metges i dels propis pacients de la demora en la realització de proves i en l'obtenció dels resultats. Això pot derivar en un diagnòstic tardà i amb la pèrdua de l'oportunitat d'un tractament efectiu. De totes maneres volem recalcar l'altra cara d'aquesta situació, que pot comportar la realització de proves innecessàries i la detecció de malalties que mai haurien tingut repercussió clínica. A més, volem posar l'accent en la importància de l'exploració física minuciosa per fer una adequada orientació diagnòstica i de ser conscients de les dificultats que suposa la pressió assistencial a què estem sotmesos.

Daniel Antolín Hernández
Mireia Jordà Bello

Contacte:
mireia_jorda_bello@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5663

Doctor, caic!

Serveis urgències: Deteriorament cognitiu i funcional amb caigudes de repetició. Pacient de 82 anys amb funcions superiors conservades i independent per a les activitats de la vida diària. Viu sol a una masia des de la dissolució del seu matrimoni. Com a antecedents mèdics rellevants presenta una hipertensió que tracta, quan se'n recorda, amb hidrocloritiazida. Acut al servei d'urgències acompanyat per una familiar que explica que des de fa aproximadament mig any el pacient inicia deteriorament cognitiu i funcional, i aquest darrer mes i mig ha patit caigudes recurrents.

Freqüència cardíaca: 73 ppm; tensió arterial: 150/49 mmHg. Índex de Glasgow: 15. Pacient conscient i orientat en persona i lloc, però no en temps. Incapacitat per entendre ordres complexes. Presenta pupil·les isocòriques i normoreactives, sense nistagmes ni dèficits campimètrics. Parells cranials conservats. Força i sensibilitat conservada. Marxa atàxica. Dismetria dit-nas, i taló-genoll bilateral +++. Babinski esquerre present. Exploració d'abdomen anodina, amb hematoma a la regió mesogàstrica. La resta de l'exploració no aporta sense troballes a destacar. Es realitza tomografia axial computada (TAC) cranial on s'evidencia leucoaraiosi periventricular per hipòxia o isquèmia crònica, sense imatges de lesions agudes.

Atàxia: Atàxia sensitiva (neuropatia perifèrica, síndrome tabètica, espondilosi cervical), atàxia cerebel·losa (tumoral, vascular, postinfecciosa, tòxics, fàrmacs), atàxia vestibular (ictus, esclerosi múltiple, posicional, neuronitis, laberintitis, Ménière). Reinterrogant la familiar, aquesta refereix que el pacient es un bevedor important des de fa temps. Es comenta amb neurologia, que orienta, per l'antecedent enòlic i la clínica neurològica, com a possible encefalopatia de Wernicke. S'administra tiamina endovenosa i presenta una notable millora clínica. Com a conclusió, davant d'un pacient d'aspecte descuidat, que presenta atàxia i una TAC normal, l'encefalopatia de Wernicke és una patologia a contemplar en el diagnòstic diferencial tot i que el pacient negui el consum enòlic. Cal recordar que el diagnòstic és clínic i que no existeix una prova de referència. És una malaltia infradiagnosticada.

Open Acces creative commons

Estado nutricional de los niños en etapa escolar en una institución educativa indígena

Daniela Cosme Sandoval
Alexander Becoche Orozco
Lina Esperanza Preciado Quiñónez
Dolly Villegas Arenas
Mireia López Poyato
Luz Adriana Meneses Urrea

Contacte:
lameneses_1@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5664

Introducción: En la Encuesta de Nutrición 2015 se observa que el 24,4% de los niños tienen sobrepreso. En el año 2010, el porcentaje era del 18.8. Con ello, se incrementa la tasa de enfermedades crónicas no transmisibles. El conocimiento específico del estado nutricional permite tomar medidas de promoción y prevención de la salud en la niñez y evitar, así, complicaciones futuras

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los niños en etapa escolar en una institución educativa indígena.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo. La población la constituían 91 estudiantes de primero a quinto de educación básica primaria. Criterios de selección: Se incluyeron los estudiantes matriculados en la institución educativa y se excluyeron los estudiantes de los que no se obtuvo el consentimiento parental. Se consideraron como variables el grado escolar, la edad, la fecha de nacimiento, el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC). Se realizó análisis con los programas estadísticos de Epiinfo® 7.1.1.1 y SPSS® v. 21. La clasificación del estado nutricional se realizó de acuerdo con las puntuaciones Z establecidas por las tablas y guías de la Organización Mundial de la Salud; el análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y frecuencias absolutas; el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, mediante acta No 08 del 16 de noviembre de 2018.

Resultados: De los 91 niños y niñas evaluados, el 56% (51) eran niños. El promedio de edad era de 9,5 años. El 69% (63) tenían un IMC adecuado para su edad; el 14% (13), sobrepeso; el 10% (9), riesgo de desnutrición, y el 3% (3) se encontraba en desnutrición.

Conclusión: Los hallazgos nutricionales en esta población reflejan un dato considerable de riesgo de obesidad y de riesgo de desnutrición. Lo que requeriría ser analizado para realizar una intervención en los factores predisponentes.

Estandardització d'un sistema de notificació d'esdeveniments adversos i d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients

Laia Cayuelas Redondo
Laura Sebastian Montal
Neus Valencia
Narly Benachi Sandoval

Contacte:
nbenachi@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5665

Objectius de l'experiència: Estandarditzar el procés de notificació d'esdeveniments adversos i d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients per facilitar la seva anàlisi, i promoure els canvis necessaris que afavoreixin una millora de la qualitat i seguretat de l'assistència sanitària.

Descripció de l'experiència: L'any 2014 es va crear una comissió de qualitat i seguretat del pacient (CQiSP) integrada per professionals mèdics, infermers i administratius assistencials de 3 centres d'Atenció Primària. Dos centres treballaven amb el sistema de notificació TPSC Cloud™ i un centre treballava amb un sistema intern de notificació i seguiment de casos. La comissió va avaluar les fortaleses i febleses de cada sistema de notificació i va generar un model de notificació estandarditzat que va incloure:

1. Detecció i notificació: El professional que identificava un incident relacionat amb la seguretat d'un pacient, el notificava a través de la plataforma TPSC-Cloud™ i enviava un correu electrònic a la CQiSP que informava de l'incident o esdeveniment advers.
2. Verificació: La comissió revisava, verificava i completava la informació reportada pel professional. També va registrar l'esdeveniment en un Excel™ per al control i seguiment dels esdeveniments notificats.
3. Anàlisi i gestió: La CQiSP analitzava l'incident o esdeveniment advers amb els actors implicats i proposava accions de millora.
4. Implementació d'estratègies de millora: En els equips es gestionava la disponibilitat i l'ús dels recursos necessaris per dur a terme les accions de millora en el centre.
5. Feedback: Va incloure sessions clíniques de presentació de casos, avisos per correu electrònic i panells informatius.

Conclusions: L'estandardització del sistema de notificació ha permès identificar i donar solució a 60 (71,4%) incidents, 23 (27,4%) efectes adversos i 1 (1,2%) esdeveniment sentinella.

Aplicabilitat: Aquesta experiència servirà de guia per a l'estandardització de sistemes de notificació d'altres centres d'Atenció Primària.

Open Acces creative commons

Montserrat Pinyol Martínez
Vanesa Mauri Vázquez
Carles Martínez Querol
Adrián Díaz Castillo

Contacte:
adiazc@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5666

Adecuación de las derivaciones realizadas a los servicios de urgencias hospitalarias desde un centro de Atención Primaria

Objetivo: Analizar la adecuación de las derivaciones desde un centro de Atención Primaria a servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y determinar los factores que influyen en una correcta derivación.

Diseño: Transversal descriptivo.

Ámbito: Centro de Atención Primaria (CAP) urbano.

Sujetos: Derivaciones realizadas desde un CAP a los SUH en el año 2018. Se aplicó el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm) en las derivaciones seleccionadas.

Variables: PAUHm (cuando se cumple cualquiera de los criterios incluidos, la visita a urgencias se considera adecuada, y, en caso contrario, inadecuada), variables sociodemográficas, índice de Charlson, día de la semana y hora de la derivación, servicio derivado, derivación realizada por residente o adjunto, y sexo del médico. Se analizaron las variables con el paquete estadístico SPSS®.

Resultados: Se ha incluido una muestra aleatoria de 249 derivaciones. De ellas, 145 (74,3%) fueron adecuadas. La edad media fue 61,51 años ±22,64. La diferencia fue estadísticamente significativa respecto a las derivaciones inadecuadas: 49,02 años ±22,9 años (p = 0,000). El índice de Charlson de los pacientes correctamente derivados fue de 4 ±3,5, y de los incorrectamente derivados fue de 2 ±2,5 (p = 0,001). Los martes se derivaron 64 (25,7%) pacientes. La adecuación de la derivación según el servicio al que se deriva se comporta de manera diferente según la especialidad (p = 0,000). La derivación más frecuente fue a medicina interna, 109 (43,8%), con un porcentaje de adecuación del 90,8%, a otorrinolaringología se derivaron 21 (8,4%) y de ellas 14 (66,4%) fueron inadecuadas. No se encontraron diferencias significativas en el resto de las variables.

Conclusiones: La mayoría de las derivaciones que se realizan desde nuestro CAP al servicio de urgencias hospitalarias son adecuadas. Los pacientes adecuadamente derivados son mayores y tienen más comorbilidades. La mayoría de las derivaciones se realizan a medicina interna. Otorrinolaringología es la especialidad a la cual más derivaciones inadecuadas se realizan.

Daniel Antolín Hernández
Mireia Jordà Bello

Contacte:
mireia_jorda_bello@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5668

Doctora, miri el meu braç

Atenció Primària

Massa indurada a l'avantbraç esquerre d'1 any d'evolució.

Pacient de 86 anys, situació cognitiva correcta, autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària i que viu amb el marit. Té els antecedents mèdics rellevants d'insuficiència renal crònica en estadi V, diabetis mellitus de tipus 2 en tractament amb antidiabètics. Presenta tumoració indurada de creixement lent i progressiu d'un any d'evolució. Abasta tot l'avantbraç esquerre, sense associar simptomatologia de síndrome tòxica o dolor a l'extremitat.

A l'exploració destaca una zona d'empastament, dura al tacte, no eritematosa, de tot l'avantbraç sense palpació d'adenopaties ni masses a la mama esquerra. A la radiografia de l'avantbraç esquerre s'objectiva lesió encapsulada amb augment de parts toves. Amb aquestes troballes es realitza una ressonància magnètica al braç esquerre urgent, amb lesió suggestiva de liposarcoma de baix grau, de 15 cm.

Tumors de parts toves: Adiposos, fibroblàstics o miofibroblàstics, fibrohistiocítics, del múscul llis, vasculars, osteocondrals, del múscul esquelètic i de diferenciació incerta.

Es procedeix a realitzar punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) de la tumoració. L'anatomia patològica confirma que es tracta d'un lipoma. Es deriva a traumatologia per a exèresi. La pacient es troba pendent d'intervenció.

Els lipomes es perceben clínicament com masses subcutànies, asimptomàtiques, simètriques, de creixement lent (poden arribar a una grandària considerable), de palpació tova i consistència elàstica, pastosa o quística, de forma des de regular i arrodonida fins a ovoide o discoide, però de límits imprecisos i de superfície septada o lobulada al tacte.

Les localitzacions més freqüent són les espatlles, la base del coll, l'esquena, les extremitats superiors i inferiors i la regió del clatell.

En el nostre cas, inicialment, la tumoració es va orientar radiològicament com a liposarcoma i això accelerà el procés diagnòstic fins a confirmar finalment amb la PAAF que es tractava d'un lipoma.

Open Acces creative commons

Doctora, no puc més amb aquest dolor

Marta Pedrol Llirinós
Neus Muñoz Gost
Jessica Jessenia Pinto Yagual

Contacte:
md_jessicapinto@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5672

Motiu de consulta: Dona de 41 anys, exfumadora, que presenta dorsàlgia intensa. Es diagnostica de contractura muscular, amb mala resposta al tractament simptomàtic. Posteriorment apareix tos, expectoració mucopurulenta i sensació distèrmica que s'orienta i es tracta com pneumònia adquirida a la comunitat. Per la persistència del dolor consulta de nou.

Enfocament individual: Estat general regular, amb pal·lidesa cutània i crepitants al lòbul dret mitjà. Radiografia de tòrax amb augment de la densitat a nivell de lòbul mitjà dret. Leucòcits: 15.300; PCR: 135 mg/l. Tomografia axial computada (TAC) toràcica: Consolidació del lòbul mitjà dret i algunes bombolles d'aire distals, compatibles amb pneumònia necrotitzant. Àrees de vidre desllustrat i apedaçat adjacents a la consolidació. Atelèctasis laminars bibasals. Vessament pleural dret discret. A urgències hospitalàries s'inicia tractament amb antibiòtic d'ampli espectre, seroteràpia, morfina i oxigenoteràpia. Donada la mala evolució, va ingressar a la UCI i va requerir tractament quirúrgic.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: La pneumònia necrotitzant és una complicació rara i seriosa (3,7%) de la pneumònia adquirida a la comunitat. Es caracteritza per la necrosi, liqüefacció i cavitació del parènquima pulmonar, d'origen infecciós. S'ha de sospitar en cas de febre, dolor toràcic o tos persistent i sense resposta al tractament antibiòtic inicialment correcte; amb o sense hipoxèmia i afectació de l'estat general. El dolor es el símptoma de consulta mes freqüent en Atenció Primària. Cal destacar la importància del diagnòstic per poder iniciar el tractament antibiòtic adequat. El compromís de la vascularització bronquial i pulmonar juga un paper clau en la desvitalització del parènquima pulmonar. Només el 40% de les àrees de necrosi observades en la TAC es mostren en una radiografia. La resecció pulmonar es reserva per als pacients que no tenen resposta a la antibioteràpia i desenvolupen complicacions.

Prescripció de fàrmacs en prevenció secundària de la fractura de fèmur. És útil la revisió dels professionals?

Nuria Sabaté Augé
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5673

Objectiu: Avaluar la prescripció en prevenció secundària 2 anys després d'haver fet una intervenció en la qual cada facultatiu revisava els seus pacients amb el diagnòstic de fractura de fèmur (FF).

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal retrospectiu, amb l'administració de llistats a tots els professionals d'un centre d'Atenció Primària de tots els seus pacients diagnosticats amb FF durant l'any 2017, perquè el professional adaptés la prescripció individualment després d'una sessió d'entrenament.

Resultats: Univers inicial de 95 pacients. 27 casos d'èxitus (28,42%). Univers definitiu: 68 pacients. Edat mitjana: 86 (SD: 7,6). Rang: De 66 a 99 anys.

Perfil del pacient: Demència (25%), fragilitat (7%), pacient crònic complex (PCC; 17,7%), atenció domiciliària (ATDOM; 47%). Pacients sense tractament (27,9%), amb 1 fàrmac (29,4%) i amb >1 fàrmac (42,7%). Fàrmacs prescrits: Alendronat (35,8%), calci + vitamina D (34,6%), calcifediol (22,2%), paracalcitol (2,4%), denosumab (2,4%), ibandrònic (1,2%), calci (1,2%). Pacients tractats: Alendronat (42,6%), calci + vitamina D (41,2%), calcifediol (26,5%), denosumab (2,9%), paracalcitol (2,9%), ibandrònic (1,5%), calci (1,5%). Regressió lineal edat-nombre de fàrmacs: Coeficient beta (CB) = -2,01 (p = 0,07. IC 95%: -4,19 a 0,18). Regressió lineal edat-fàrmac: Alendronat (CB = 2,06; p = 0,3), denosumab (CB = -7,2; p = 0,1), calcifediol (CB = -2,37; p = 0,2), calci + vitamina D (CB = -5,11; p = 0,01), paracalcitol (CB: -8,7; p = 0,09), ibandrònic (CB = -15,3; p = 0,04), calci (CB = 11; p = 0,1). Regressió logística demència-nombre de fàrmacs (referència: No fàrmacs): 1 fàrmac (odds ratio [OR] = 0,4; p = 0,2), >1 fàrmac (OR = 0,45; p = 0,2). Regressió logística PCC-nombre de fàrmacs (referència: No fàrmacs): 1 fàrmac (OR = 0,19; p = 0,06), >1 fàrmac (OR = 0,19; p = 0,36). Regressió logística ATDOM-nombre de fàrmacs (referència: No fàrmacs): 1 fàrmac (OR = 0,73; p = 0,6), >1 fàrmac (OR = 0,44; p = 0,17).

Discussió: Hi ha una gran incidència de FF en pacients majors de 65 anys d'edat. Malgrat un alt risc de refractura i les recomanacions de les guies el percentatge de tractament és baix. Per això, es va fer un intervenció per millorar-ne la prescripció. La revisió 2 anys després de la intervenció mostrà un pacient d'edat molt avançada, amb un alt percentatge de mortalitat. Només un terç dels pacients no tenen tractament. Els tractaments més utilitzats són l'alendronat i el calci + vitamina D, acord a les guies vigents. Els pacients tractats amb alendronat i calci presenten una edat mitjana més alta. Els pacients amb demència, els PCC i en ATDOM són tractat amb menys fàrmacs. La intervenció de revisió de la medicació amb llistats per als professionals ha estat útil per aconseguir una millora de la prescripció, amb un percentatge de pacients tractats i una millor adequació dels fàrmacs emprats. Ha predominat l'ús de l'alendronat i de calci + vitamina D, com aconsella l'evidència actual.

Open Acces creative commons

Azahara Carbonel Tabuenca
Mireia Martínez Martí
Marcos Sánchez Sánchez

Contacte:
msanchezs@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5674

¡Vaya, menos mal que tenían un ecógrafo!

Ámbito: Diagnóstico inicial en el centro de Atención Primaria (CAP) desde el que, ante signo de alarma, se derivó a urgencias.

Motivo: Clínica miccional y febrícula.

Enfoque individual: Mujer de 29 años, con alguna infección de orina esporádica sin complicaciones (la última hace más de un año). Sin otros antecedentes medicoquirúrgicos relevantes. Medicación habitual anticonceptiva. Motivo de consulta: Disuria y poliaquiuria de 4 días de evolución que no ha resuelto con monurol 3 g. Desde hoy, malestar general y febrícula 37,3 ºC.

Enfoque familiar: Es la mayor de tres hermanos, reside en el domicilio familiar, sin dificultades económicas.

Juicio clínico: Labstick® de orina positivo. A pesar de que achaca el dolor lumbar al hecho de trabajar cargando cajas de ropa, como dependienta en una tienda, a causa de la exploración puño percusión lumbar derecha se decide realizar ecografía en el propio centro de salud. Ecografía renovesical: Ausencia de riñón izquierdo, moderada dilatación pielocalicial renal derecha. No se observan litiasis renoureterales. Paredes vesicales sin alteraciones.

Tratamiento: Orientación diagnóstica de pielonefritis izquierda. Dada la agenesia renal izquierda no conocida, se deriva a urgencias para valoración analítica.

Evolución: Durante su estancia allí empeora el estado general. La analítica muestra un fallo renal agudo con cifras de creatinina de 3,2 mg/dl y filtrado glomerular de 35 ml/min/1,73 m^2. Se traslada a cuidados intensivos y se inicia tratamiento con sueroterapia, paracetamol IV y cefepima 1 g/12 h (IM o IV) con mejoría a partir de las 48 horas.

Conclusiones: La infección del tracto urinario en la mujer es tratada muchas veces de manera rutinaria, más aún si es joven. No se tiene en cuenta que a veces puede tener factores de riesgo ocultos. En este caso, al tratarse de una paciente monorrena, se propició un empeoramiento súbito de la clínica y se pudo tratar a tiempo gracias a contar con un ecógrafo en el CAP y un médico formado. Ello ya se ha evidenciado en múltiples estudios con anterioridad.

Silvia Zamora Mestre
Jordi Escudero Taltavull
Lluís Cuixart Costa

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5675

Anàlisi de les enquestes d'empatia de Jefferson i five facet *mindfulness* questionnaire (FFMQ) en un programa de *midfulness* per als professionals d'un centre d'Atenció Primària. Es correlacionen els resultats?

Objectiu: Analitzar si existeix correlació entre els resultats de l'enquesta d'empatia de Jefferson (EEJ) i la FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire) que han respost els 17 professionals participants en un programa d'entrenament en habilitats *mindfulness* (Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT), en un centre d'Atenció Primària (CAP) urbà.

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal, retrospectiu a partir de l'avaluació de les enquestes EEJ, que valora l'empatia, i FFMQ, que valora 5 facetes: Capacitat d'observació (FCO), de descripció (FD), d'actuació amb consciència (FAC), d'absència de judici (FAJ) i d'absència de reactivitat (FAR). Anàlisi estadística dels resultats de la correlació EEJ-FFMQ: Model de regressió lineal. Anàlisis estadístic entre les diferents facetes FFMQ: Coeficient de correlació de Pearson.

Resultats: Univers = 17 participants. Metges (29,4%), administració (29,4%), infermeria (17,7%), treball social (11,7%), pediatria (5,9%) i infermeria de pediatria (5,9%). **1.** Estudi de regressió lineal entre EEJ i FFMQ: Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FFMQ-EEJ: 0,02 (p = 0,6). Coeficient beta (CB): 0,23 (IC 95%: -0,7 a 1,16). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,9). Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FCO-EEJ: 0,11 (p = 0,19). CB: 0,27 (IC 95%: -0,15 a 0,7). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,18). Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FD-EEJ: 0,19 (p = 0,08). CB: 0,35 (IC 95%: -0,05 a 0,76).). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,1). Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FAC-EEJ: 0,01 (p = 0,78). CB: 0,05 (IC 95%: -0,45 a 0,46). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,1). Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FAJ-EEJ: 0,13 (p = 0,15). CB: -0,3 (IC 95%: -0,73 a 0,13). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,07). Coeficient de determinació d'ajustament (R-squared) FAR-EEJ: 0,13 (p = 0,16). CB: -0,15 (IC 95%: -0,37 a 0,07). Prova de normalitat de Wilk (p = 0,37). Només el 2%, l'1%, el 19%, l'1%, el 13% i el 13% de la variació d'FFMQ, FCO, FD, FAC, FAJ i FAR, respectivament, és explicable pel nivells d'EEJ, sense significació estadística. Per cada punt que augmenta l'EEJ, es preveu un increment de l'FFMQ del 23%, de l'FCO del 27%, de l'FD del 35% i del FAC del 5%, i un descens del FAJ del 30% i del FAR del 15%, sense significació estadística. No existeixen vulneracions de la normalitat. **2.** Estudi correlació entre les cinc facetes i FFMQ.Coeficient de correlació de Pearson de FOC-FD: 0,47 (p = 0,05). IC 95%: -0,01 a 0,77. Coeficient de correlació de Pearson de FAJ-FD: -0,7 (p = 0,002). IC 95%: -0,88 a -0,33. La resta de correlacions no té significació estadística.

Discussió: Entre els professionals que van participar en el programa de mindfulness no existeix cap associació lineal entre els valors de l'escala d'empatia (EEJ) i els valors de l'escala FFMQ total, 5 facetes; per tant, les puntuacions de l'escala FFMQ no depenen del nivell d'empatia. En l'FFMQ, els participants amb puntuacions més altes en la faceta de descripció tenien puntuacions més altes en la faceta de capacitat d'observació i més baixes en la faceta d'absència de judici, amb significació estadística.

Open Acces creative commons

Inés Sáenz de Miera
Laura Palacios
Silvia Montoliu
Jordi Daniel Díez

Contacte:
jordidaniel@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5676

Impacte d'una estratègia d'abordatge multidisciplinari en la detecció de pacients amb hepatitis crònica C

L'hepatocarcinoma (HCC) implica un abordatge multidisciplinari per a la seva eliminació, amb la coordinació dels nivells assistencials.

Objectius: Avaluar el projecte multidisciplinari de gestió de l'HCC un any després de la seva implantació. El projecte és la posada en marxa d'accions per millorar l'atenció de l'HCC augmentant la detecció i disminuint el nombre de pacients detectats i no tractats.

Descripció: S'han seleccionat 20 equips d'Atenció Primària (EAP). En 12 EAP s'ha dut a terme la intervenció i s'anomenen grups d'intervenció, i en 8 EAP no s'ha fet res i s'anomenen grups de control. El projecte consisteix a establir accions de gestió i de formació: Fer una xarxa de «professionals referents experts», formació acreditada d'experts, identificació de professionals de referència, difusió de material de formació, ensenyament de la recerca de pacients amb el virus de l'hepatitis C (amb l'eina DBSform) i s'ha implantat el «diagnòstic de laboratori en un sol pas». Les variables d'avaluació es recullen amb DBSform.

Conclusions: Després d'un any s'han comparat els resultats entre els 12 EAP del grup d'intervenció i els dels 8 EAP de control. L'indicador de seguiment més important era saber quants pacients candidats a tractament (pacients amb VHC i carrega viral) no eren tractats. En els EAP intervenció es registraren 33,6% menys de pacients amb VHC i carrega viral positiva (82 pacients) respecte als EAP de control.

Aplicabilitat i discussió: Les dades concorden amb estudis sobre població amb serologia positiva no estudiada (casos ocults). S'han detectat 672 casos ocults i 333 pacients amb serologia i virèmia positives l'any 2018. L'any 2019 s'han reduït a 82 en els EAP d'intervenció. L'estratègia de gestió clínica permet detectar casos ocults a l'AP. El projecte es de fàcil aplicació amb estratègies de lideratge clínic i suport directiu.

Epifania Rodrigo de Pablo
Yoseba Canovas Zaldúa
Ángela Amorós Molina
Iris Alarcón Belmonte

Contacte:
irisalarconb@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5677

Crear vincles per al sentiment de soledat no desitjat, una experiència comunitària

Objectiu: Crear un espai de relació entre persones grans amb sentiment de soledat no desitjat (SSND).

Descripció: Durant els últims anys ha crescut la proporció de persones de més de 65 anys amb SSND. Són persones grans, predominantment dones que viuen soles i tenen una percepció de tenir un baix suport social. És conegut que això es tradueix en problemes de salut. L'equip d'Atenció Primària realitzà el diagnòstic de salut comunitari i aquest va ser el primer problema detectat. Es va consensuar a la taula de salut del barri, on es van desenvolupar activitats per abordar-lo. Així s'inicià l'activitat Viatge a Ítaca. Aquest taller crea, a través de recursos culturals i la reminiscència cognitiva, un espai per compartir experiències i fer nous vincles en col·laboració amb actius de salut comunitaris. S'ha realitzat durant l'any natural, amb periodicitat quinzenal, al centre de salut.

Conclusions: Participants totals: 16. Mitjana de participants per sessió: 12. Pèrdues: 43.75%. El 75% dones. Edat de 75 a 87. Resultats dels qüestionaris abans i després de l'activitat, calculant p amb la prova de Friedman: Qüestionari Duke, 41,5 punts preactivitat i 39 post, $p = 0,317$; Goldberg d'ansietat, 2,5 punts pre i 1 post, $p = 0,102$; Goldberg de depressió: 3,5 punts de pre i 0 de post, $p = 0,059$. Mitjana de satisfacció global en una escala del 0 al 10: 10 (9,25-10) punts. Alguns comentaris en la valoració de satisfacció van ser que allò que més m'agrada és la companyia o el que menys m'agrada és que ve poca gent. Tots van coincidir en què el recomanarien.

Aplicabilitat: Es tracta d'una activitat grupal amb percentatge elevat de persones amb percepció d'escàs suport social. Ha produït una alta satisfacció i amb una tendència positiva en la percepció del recolzament social, l'ansietat i, encara més marcat, els símptomes depressius. Donat que l'SSND és un problema prevalent a la nostra comunitat, poden ser d'ajuda activitats similars alineades amb el diagnòstic de salut comunitària i executades amb aliances dels actius comunitaris.

Open Acces creative commons

Valentí Aragunde Miguens
Susana Rivas Vilela

Contacte:
susanarivasvilela@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5679

Tuberculosi pulmonar simulant pneumònia a la comunitat

Àmbit del cas: Urgències hospitalàries i centre d'Atenció Primària.

Motius de consulta: Febre i tos.

Història clínica: Enfocament individual: Dona de 38 anys natural de Perú resident a Barcelona des dels deu anys, prèviament diagnosticada d'espondilitis anquilopoètica i asma bronquial. Consulta a urgències per febre vespertina amb tos, sense expectoració, d'una setmana d'evolució. En l'auscultació pulmonar se senten roncus de predomini dret. L'analítica posa en evidència PCR d'11 mg/dl. La radiografia de tòrax mostra condensació en el lòbul superior dret. Es diagnostica pneumònia adquirida en la comunitat que és tractada amb levofloxacina ambulatòriament. Passats 4 dies reconsulta pel mateix quadre clínic. Es considera resistència microbiana a la levofloxacina i es canvia per cefditorèn. Un mes després persisteix el mateix quadre clínic i fa seguiments en el centre d'Atenció Primària. Allà s'acorda l'ingrés hospitalari. La bacil·loscòpia d'esput i aspirat bronquial mostra abundants bacils resistents a l'àcid alcohol.

Enfocament familiar i comunitari: Al conèixer-se el diagnòstic es va posar en marxa el protocol per a la detecció de contactes en la seva família i en la comunitat.

Judici clínic: Tuberculosi pulmonar.

Tractament i pla d'actuació: Es va iniciar tractament amb quàdruple teràpia.

Evolució: La pacient va quedar asimptomàtica i els contactes van ser tractats.

Conclusions: Aquest cas il·lustra la necessitat de seguiment des d'Atenció Primària dels pacients amb antecedents epidemiològics rellevants i més encara amb un quadre clínic no resolt.

Cristina Muñoz López
Francisco Javier Fernández Segura
Magdalena Jurado Ruiz

Contacte:
lenajr888@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5680

No todo es lo que parece

Ámbito del caso: Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: Tos con expectoración purulenta de tres meses de evolución.

Historia clínica: Mujer de 63 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con los únicos antecedentes patológicos de diabetes mellitus de tipo 2 y asma bronquial con tratamiento inhalador a demanda. Acude a su centro de Atención Primaria por tos con escasa expectoración amarillenta de 3 meses de evolución sin fiebre, disnea, sibilancias ni ninguna otra sintomatología asociada. Niega viajes recientes ni consumo de fármacos nuevos. No tiene mascotas en su domicilio. En la exploración física presenta hipofonesis pulmonar global, sin lesiones cutáneas asociadas ni otros hallazgos, por lo que se orientó como una posible sobreinfección respiratoria con broncoespasmo leve. Se inició tratamiento broncodilatador y antibioterapia. Reconsultó en varias ocasiones por persistencia de la clínica, a pesar de ajustar el tratamiento inhalador, por lo que se remitió al hospital de día de neumología para valoración. Allí se realizó una radiografía de tórax. Mostraba infiltrados pulmonares bilaterales. En la analítica sanguínea destacaba eosinofilia de 4.700 x 109/l como único hallazgo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía eosinofílica o de causa vasculítica, asma reagudizada, sobreinfección respiratoria, neumopatía intersticial. Se solicitó determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) que resultaron positivos (título 1/160), de factor reumatoide y de anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) que fueron negativos. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) torácica que objetivó hallazgos compatibles con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.

Diagnóstico definitivo: Síndrome de Churg-Strauss. Se inició prednisona, 60 mg/día con clara mejoría clínica. Cedió la tos y se normalizó la eosinofilia, de manera que se inició pauta descendente de corticoides, con evolución favorable.

Conclusiones: Este caso refleja la gran prioridad de la anamnesis y de exploración física en nuestras consultas de Atención Primaria. Hay que tener en cuenta, si la evolución es tórpida, las patologías más infrecuentes, pero no por ello menos importantes, en el diagnóstico diferencial.

Open Acces creative commons

Taquicàrdia com a debut d'una celiaquia

Laia Gené Huguet
Sandra Paredes Garcia
Emma Caterina Magraner Oliver

Contacte:
emma_magraner_oliver@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5681

Dona de 52 anys, exfumadora des de fa 10 anys, amb l'únic antecedent de rinoconjuntivitis persistent moderada. Consulta en el centre d'Atenció Primària per taquicàrdies i dispnea d'esforç de sis mesos d'evolució. L'exploració física general és normal, per la qual cosa se sol·liciten les següents exploracions complementàries.

Holter: Amb el resultat de taquicàrdia sinusal amb extrasístoles supraventriculars i ventriculars no significatives.

Anàlisi de sang: S'objectiva anèmia ferropènica i anticossos antitransglutaminasa i antiendomisi positius.

La pacient no presenta cap sagnat actiu ni cap altra simptomatologia digestiva, motiu pel qual se sol·licita una gastrocolonoscòpia amb biòpsies duodenals. S'hi objectiva mucosa duodenal amb atròfia parcial de les vellositats i marcada limfocitosi intraepitelial, mucosa gàstrica antral amb gastritis crònica moderada i *Helicobacter pylori* positiu. Troballes compatibles amb la categoria Marsh 3A.

Es tracta d'una taquicàrdia sinusal secundària a una anèmia ferropènica per un quadre de malabsorció ocasionat per una celiaquia de debut.

El tractament seria l'erradicació de l'*H. pylori,* suplements de ferro i començar una dieta sense gluten.

Per al seguiment s'haurien de fer controls analítics de l'anèmia semestralment, confirmar l'erradicació de l'*H. pylori* i realitzar densitometries periòdiques.

El diagnòstic diferencial de la taquicàrdia s'ha de fer amb hipertiroïdisme, ansietat, ingesta d'excitants, drogues o alcohol, desequilibri d'electròlits i efectes secundaris de medicaments. Respecte a la ferropènia s'ha de pensar en síndromes malabsortius, intolerància a la lactosa, síndrome de l'intestí curt, malaltia de Whipple, malalties genètiques i alguns medicaments.

La rellevància d'aquest cas d'Atenció Primària radica en la importància de tenir en compte la celiaquia, encara que el pacient sigui una persona de 50 anys i sense símptomes digestius, si trobem a la consulta una anèmia ferropènica o qualsevol altre símptoma o signe que podria ser secundari a una síndrome malabsortiva.

La pacient ha manifestat la seva autorització expressa per escrit.

Conseqüències de la inefectivitat vacunal contra el virus de la parotiditis

Sira Casablancas Figueras
Alba Calderó Torra

Contacte:
caldero@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5682

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor a les paròtides.

Història clínica: Enfocament individual. Home de 26 anys, sense antecedents patològics. Consulta per malestar general i dolor a les paròtides de 48 hores d'evolució. Sense febre ni dolor testicular. Vacunat en dues dosis el 1994 i el 1998. Exploració: Destaca tumefacció d'ambdues paròtides. Proves complementàries: Es procedeix a la recollida de frotis faringi i a la realització de serologies, que són diagnòstiques.

Enfocament familiar i comunitari: Conviu amb els pares, tots correctament vacunats.

Desenvolupament: Dos dies després reconsulta per dolor testicular. Presenta el testicle dret augmentat de volum, eritematós i dolorós a la palpació. L'esquerre és normal.

Orientació diagnòstica: Parotiditis vírica i orquitis secundària.

Tractament i evolució: Tractament simptomàtic amb paracetamol i calor local a les paròtides. A l'aparèixer l'orquitis s'associa antiinflamatoris no esteroidals (AINE) i fred local. S'ha d'evitar el contacte amb altres persones durant 5 dies. El pacient queda asimptomàtic en dues setmanes. Passada la fase aguda es realitza ecografia testicular que mostra el testicle dret petit respecte al contralateral. Se sol·licita valoració urològica, s'evidencia azoospèrmia al primer seminograma i es decideix seguiment evolutiu.

Conclusions: L'existència d'una gran varietat de soques del virus de la parotiditis i la possible disminució de l'efectivitat vacunal permeten l'existència d'infecció aguda malgrat que la vacunació sigui correcta. Per altra banda, les vacunes administrades entre 1994 i 1996 a Catalunya van resultar poc efectives i s'observà un brot important de la malaltia, motiu pel qual les autoritats sanitàries van recomanar la revacunació als primovacunats en aquest període. El pacient del cas pertany a aquest grup i tot i estar correctament vacunat, no s'havia revacunat. El calendari vacunal espanyol inclou la vacuna contra xarampió, rubèola i parotiditis, que s'administra en dues dosis (12 mesos i 3-4 anys). En el cas de la parotiditis no s'ha demostrat que la vacunació ni la immunoglobulina posteriors a l'exposició previnguin la malaltia ni en disminueixin la gravetat.

Open Acces creative commons

Doctora, no se me quita la fiebre....

Ioana Stefan
Laura Estella Sánchez
Giovanna Magnante

Contacte:
giovanna.magnante@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5683

Hombre de 42 años que consulta en un equipo de Atención Primaria (AP) de ámbito urbano por fiebre de 38,5 ºC, tiritonas, astenia y anorexia de 8 días de evolución. La exploración física resulta anodina y ante su regular estado general se remite al centro de urgencias de AP de referencia para realizar analítica urgente.

Analíticamente destaca leucocitosis linfocítica de 12,04 x 109/l (L 63,22%, N 26,32%) y alanina aminotransferasa (ALT) de 234 UI/l.

Bajo sospecha de infección viral se aconseja reposo y observación.

Consulta de nuevo a los 5 días por la persistencia del mismo cuadro clínico. Se programa perfil hepático completo y serologías de HIV, virus de las hepatitis A, B, C y E, Treponema pallidum, de Epstein-Barr (EBV) y citomegalovirus (CMV).

En la analítica destaca empeoramiento de la bioquímica hepática (ALT) 939 UI/l, aspartato aminotransferasa (AST) 599 UI/l, fosfatasa alcalina (FA) 214 UI/l, gammaglutamiltransferasa (GGT) 228 UI/l y serologías positivas para CMV (inmunoglobulinas M [IgM] y G) y para EBV (IgM e IgG).

Como diagnóstico diferencial se planteó un síndrome mononucleósido con positividad para las IgM e IgG de CMV y EBV.

La IgM de CMV puede presentarse en la primoinfección producida por otros Herpesviridae. La IgM de EBV puede ser positiva como consecuencia de la estimulación policlonal por la primoinfección de CMV.

En nuestro caso, el laboratorio valoró la avidez hacia la IgG de CMV que presentaba valor intermedio de 0,23, lo que indicaba que la infección por CMV se había producido en los 3 meses previos.

Se recomendó reposo y se realizó observación clínica y soporte telefónico al paciente. Presentó remisión progresiva de la fiebre con persistencia de astenia. Analíticamente se normalizaron el hemograma y la bioquímica hepática a las 2 semanas.

Conclusión: La infección por CMV debe tenerse en cuenta en el paciente con fiebre persistente sin foco claro. El diagnóstico es serológico y su tratamiento, conservador, con reposo y observación estrecha, que puede ser realizada por el equipo de AP.

¡Ahora me ves, ahora no me ves!

Maria Guzmán Martín
Darila Martina Vinciguerra
Cristina Pérez Ruiz

Contacte:
cperezr92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5685

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Lesiones cutáneas.

Antecedentes personales: Mujer de 27 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Enfermedad de Graves-Basedow en tratamiento con Tirodril® 5 mg/día. Sin antecedentes familiares de interés.

Anamnesis: Lesiones cutáneas muy pruriginosas, recidivantes casi a diario desde hace 4 meses. Aparecen principalmente por las mañanas y desaparecen progresivamente en 3-4 horas. En ocasiones dejan manchas rojizas durante días. La clínica se exacerba con el roce y la toma de antiinflamatorios. En algún episodio se asocia angioedema de labios y ojos. Ha consultado múltiples veces en urgencias de Atención Primaria y hospitalarias y se le han indicado antihistamínicos o corticoides puntuales.

Exploración física: Tensión arterial de 123/78 mmHg, frecuencia cardiaca de 68 ppm, $SatO_2$ del 99% y temperatura de 36,5 ºC. Buen estado general. Faringe y amígdalas normales, sin edema de úvula. Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos ni roces. Exploración cutánea: Múltiples lesiones habonosas, algunas confluentes, que afectan principalmente a tronco y a las extremidades inferiores.

Exploraciones complementarias: Analítica con hemograma, bioquímica, perfil hepático, y funciones renal y tiroidea normales. Estudio de alergias e inmunoglobulina E total sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial: Urticaria, picaduras de insecto, eczema agudo, sarna, toxicodermia, angioedema y celulitis, entre otros, deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas pruriginosas.

Tratamiento y plan de actuación: Se acordó intentar evitar los posibles desencadenantes o agravantes y realizar un calendario durante un mes, recogiendo el número de lesiones, los días que aparecían y la intensidad del prurito. Posteriormente, se inició tratamiento antihistamínico con bilastina, 20 mg, por la tarde. En exacerbaciones extensas o muy sintomáticas acudiría a urgencias para valorar una pauta corta de prednisona o prednisolona.

Conclusión: Dadas las características de las lesiones y el tiempo de evolución se orientó como una urticaria crónica, sin poderse descartar un origen autoinmune. La paciente autorizó el uso de sus datos en esta comunicación.

Open Acces creative commons

Més enllà de la polimiàlgia reumàtica: Coneixes l'artritis reumatoide dels ancians?

Sílvia Ferrer Moret
Elena Artal Traveria
Maria Antònia Pou Giménez

Contacte:
antoniapou@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5686

Àmbit del cas: Atenció Primària, atenció especialitzada.

Motiu de consulta: Dona de 75 anys amb poliartràlgies de dos mesos d'evolució al maluc i a l'espatlla dreta, mans i genolls. Amb el tractament amb analgèsics i antiinflamatoris no presentà millora franca.

Història clínica: Antecedents d'hipertensió arterial, dislipidèmia i diabetis mellitus. S'orienta el cas com una trocanteritis, una tendinitis d'espatlla amb brot artròsic poliarticular. S'indica tractament amb etoricoxib, 60 mg/dia, metamizol, 500 mg/12 h i tapentadol, 50 mg/12 h. Es demanen radiografies de genolls, espatlla dreta i zona lumbar, i també ecografia d'espatlla. La pacient segueix sense millorar. Clínicament s'afegeix astènia, anorèxia, pèrdua de pes i rigidesa matinal d'una hora de durada. Les radiografies mostren discrets canvis d'artrosi femoropatel·lars i espondiloartrosi lumbosacra. La radiografia de l'espatlla és normal. En l'ecografia es veu una tendinosi del múscul supraespinós. A causa de l'evolució dels símptomes, l'aparició d'un nou dolor bilateral a nivell de la cintura pelviana i l'aparició del dolor als canells es demana una analítica amb reactants de fase aguda per descartar polimiàlgia reumàtica. L'analítica mostra: Velocitat de sedimentació globular (VSG) 120 mm/h, PCR 5,3 mg/dl, hemoglobina 10,5 g/dl. S'inicia tractament amb prednisona, 20 mg/dia, i es remet a reumatologia amb l'orientació diagnòstica de polimiàlgia reumàtica. El reumatòleg inicia la baixada de prednisona i orienta el cas com una artritis reumatoide (AR) de l'ancià.

Conclusions: L'AR de l'ancià apareix en majors de 60 anys, sol ser seronegativa i afecta freqüentment les cintures pelvianes i escapulars. És fàcil confondre-la amb polimiàlgia reumàtica. Sol presentar rigidesa molt incapacitant. Les articulacions solen estar més danyades que en pacients joves, però es pensa que l'artrosi hi juga un paper important. Donat el diferent pronòstic i tractament, una part dels pacients necessitaran tractament amb fàrmacs modificadors de la malaltia. Els metges de família hem de pensar en aquesta possibilitat per oferir al malalt l'assistència adequada.

Escriptori virtual de suport per a Atenció Primària

Mireia Sans Corrales
Marta Puig Soler
Imma Garrell Lluis

Contacte:
igarrell@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5687

Objectius de l'experiència: Elaboració d'un escriptori virtual de fàcil accés per a tots els estaments dels nostres centres d'atenció Primària per facilitar la cerca i consulta d'informació ubicada en diferents webs.

Descripció de l'experiència: S'elabora un escriptori virtual amb l'eina gratuïta Symbaloo® (www.symbaloo.com) que permet organitzar els recursos web més útils per als professionals del centre i tenir-hi un accés ràpid des de qualsevol dispositiu. L'escriptori virtual s'ha dissenyat perquè disposi de diferents pestanyes: Unitat d'Atenció al Ciutadà, Infermeria, Medicina, Treball Social, Farmàcia, Societats Científiques i Medicina Basada en l'Evidència, Formació, Docència i Pacients. Des de les pestanyes principals també hi ha accés a les webs corporatives i a la pròpia intranet. Els recursos web enllaçats han estat seleccionats per diferents membres de l'organització, seguint uns criteris d'utilitat i de rigor científic basat en l'evidència i en les recomanacions de societats científiques. L'accés a l'escriptori és el mateix per a tothom, a través d'un únic compte, i permet accedir-hi des de qualsevol dispositiu (ordinador, tauleta o smartphone) amb accés a Internet i, per tant, es pot emprar tant al centre com a fora.

Conclusions: Es tracta d'una eina virtual útil per a qualsevol dels professionals que treballen en un centre d'Atenció Primària per accedir ràpidament a les eines habituals del dia a dia. La seva fàcil modificació la converteix en una eina dinàmica i permet la seva actualització constant.

Aplicabilitat: Per la seva gestió i el seu ús fàcils, es tracta d'una eina aplicable a qualsevol àmbit. En concret, dins de l'Atenció Primària, on es treballa de manera multidisciplinària, és una eina molt útil per compartir recursos digitals entre els diferents membres de l'organització.

Open Acces creative commons

Gemma Florensa Rex
Natalia Miota Hernández
Inmaculada Becerra Cerón
Minerva Mas Heredia

Contacte:
mmas1@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5688

Diagnòstic de salut comunitària d'un districte urbà. Anàlisi qualitatiu

Objectius: Adquirir una mirada de salut comunitària d'un districte urbà a partir dels diferents agents de salut, amb un enfocament biopsicosocial. Detectar problemes percebuts per aquesta comunitat, per tal de dur a terme accions de millora.

Descripció de l'experiència: El procés comunitari té com a finalitat la millora de la salut i el benestar de la comunitat. Per això, per al diagnòstic de salut es realitza un estudi quantitatiu i qualitatiu. Hem realitzat l'estudi qualitatiu seguint el mètode Rapid Participatory Appraisal recomanat per l'Organització Mundial de la Salut per a territoris petits. Es van realitzar 20 entrevistes de 60 minuts a agents de salut de la zona, incloent representants de tots els grups d'edat. Després de la transcripció de les entrevistes es va realitzar una anàlisi temàtica inductiva mitjançant l'assignació d'etiquetes i categories per a dos grups d'investigadores de forma independent, consensuada posteriorment i agrupada en temes. Després de l'anàlisi van sorgir diferents temes que s'han classificat en: Temes que afecten de manera general, i temes relatius a grups d'edat. Amb aquestes dades s'ha elaborat una llista de problemes prioritaris provisional que serà presentada a la taula de salut del barri.

Conclusions: Els participants van destacar com a problemes generals: Aspectes relacionats amb la contaminació, problemes de transport públic i preu dels habitatges. En la infància, l'adolescència i els joves destaca la manca d'escoles bressol públiques, ludoteques i de facilitat dels joves per accedir al consum de tòxics. Els adults assenyalen l'augment de problemes de salut mental. En la gent gran s'observa la solitud, l'aïllament i el dèficit de residències públiques i de centres de dia.

Aplicabilitat: S'ha elaborat una graella provisional amb els resultats obtinguts de les entrevistes. Es validarà en la taula de salut. Posteriorment s'organitzarà la jornada de priorització perquè la comunitat del barri defineixi quins problemes són prioritaris per dur a terme accions de millora.

Andrea Ramírez Fernández
Xènia Fernández Miralles
Sílvia Güell Parnau

Contacte:
sguell.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5690

Lesión costrosa en el cuero cabelludo

Motivo de consulta: Señora de 92 años con costra en el cuero cabelludo desde el último ingreso (2 meses).

Historia clínica: Enfoque individual: Antecedentes: Obesidad, diabetes mellitus tipo 2, insomnio, fibrilación auricular, hipertensión arterial, infecciones urinarias recurrentes. Anamnesis: Lesión costrosa sobreelevada en la zona interparietal posterior del cuero cabelludo, desde el último ingreso hace 2 meses, con tendencia a crecer. Prurito perilesional. Sin dolor ni sangrado. En el último mes, supuración perilesional. Exploración: Lesión hiperqueratósica de 2 x 0,5 cm en cuero cabelludo, negruzca, con límites netos. Eritema perilesional por rascado, leve dolor al tacto, sin infiltración de la base. Sospecha clínica: Carcinoma escamoso, se deriva a dermatología. Pruebas complementarias: No se realizan en Atención Primaria. Enfoque familiar o comunitario: La señora vive con el hijo y la nuera, buen soporte familiar. Dependencia moderada-grave, sedentarismo, del sofá a la cama, incluida en programa de atención domiciliaria (ATDOM).

Juicio clínico: Sospecha diagnóstica de carcinoma escamoso.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma basocelular ulcerado, úlcera de decúbito cronificada, aplasia cutis.

Tratamiento: Mupirocina tópica, amoxicilina/ácido clavulánico oral.

Plan de acción: Ante la persistencia y el crecimiento de la lesión, se deriva a dermatología, donde se realizan las exploraciones complementarias: Biopsia (fibrosis cicatricial, cambios inflamatorios crónicos inespecíficos); angio tomografía axial computarizada (angio-TAC) craneal para descartar patología subyacente (lesión de partes blandas cutáneas/subcutáneas en región parietal adherida a la calota craneal y mínima irregularidad de la cortical ósea); ecografía cutánea (aumento del grosor epidérmico correspondiente a costra adherida, sin alteraciones óseas. Y señal Doppler negativa).

Diagnóstico definitivo: Escara por decúbito prolongado.

Evolución: Mejoría gracias a evitar el decúbito y a las cremas emolientes.

Conclusiones: La orientación diagnóstica se sustenta en la anamnesis, la exploración física y el contexto de aparición de la lesión. En este caso, el decúbito prolongado y el antecedente de diabetes *mellitus* podrían haber orientado hacia úlcera cronificada. La dermatoscopia hubiera ayudado a descartar signos de malignidad. Es importante disponer de ella en Atención Primaria para mejorar la resolución y evitar exploraciones innecesarias. Se obtuvo autorización de la paciente para esta comunicación.

Open Acces creative commons

Maria Gemma Baulies Romero
Josep Fèlix Heras Montero
Olga Lóriz Peralta

Contacte:
olga.loriz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5691

Experiències de teràpia neural en un centre d'Atenció Primària

Objectius de l'experiència: Sóc metgessa de família (via MIR) des de fa 20 anys, i també sóc tutora de residents de medicina familiar i comunitària (MFiC) des d'en fa 11. En un moment de la meva carrera professional em vaig plantejar si podria millorar alguns aspectes de la meva pràctica mèdica pel que fa al patiment i el dolor crònic i, per això, vaig formar-me com a terapeuta neural amb la realització del Màster de Teràpia Neural (TN) de la Universitat de Barcelona, ara fa 6 anys.

Descripció de l'experiència: Amb el permís de les tres directores de l'equip on he exercit en els últims anys he treballat en determinats pacients de la meva consulta amb TN, com han fet també altres companys del meu centre d'Atenció Primària. La TN consisteix en la injecció d'un anestèsic local en concentracions baixes en determinades localitzacions. Un objectiu de la TN és la restauració dels potencials elèctrics de la membrana cel·lular. També influeix sobre el sistema nerviós vegetatiu, desencadena diverses accions tant locals com a distància i serveix com a tractament per a diverses malalties i afeccions. En el nostre centre hem obtingut resultats molt profitosos per als pacients, sobretot en dolor crònic, i hem fet publicacions en revistes d'impacte que ajuden a conèixer des del punt de vista científic aquesta pràctica.

Conclusions: La nostra experiència es que gràcies a la TN hem obtingut, sobretot en el dolor crònic, excel·lents resultats, però sobretot ha servit per comprendre que efectivament l'individu és una unitat que integren els seus aparells i sistemes, i tota la carrega emocional, pensaments i creences que pugui tenir.

Aplicabilitat: La TN permet arribar a aproximar-nos a l'essència d'allò que hauria de ser l'Atenció Primària: Atenció continuada, longitudinal, pròxima, honesta, prudent, integral i de qualitat.

Ángela Martínez Pérez
Miao Qi Ye Ji

Contacte:
dra.miaoye@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5692

Gastroenteritis de repetición y múltiples parasitosis durante el último año

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Diarrea.

Antecedentes: Hombre de 46 años. Alergia al ácido acetilsalicílico y a ciprofloxacino, fumador, hombre que tiene sexo con hombres. Convive con perro. Oxiuriasis de sospecha, tratada con mebendazol en febrero de 2019. Hernioplastia inguinal bilateral en enero de 2019.

Anamnesis: Consulta por persistencia de deposiciones pastosas tras un episodio de gastroenteritis hace 2 meses. Sin náuseas, ni vómitos. No refiere viajes recientes, ni ingesta de alimentos en mal estado, ni de agua no potable.

Exploración física: Afebril, normocoloreado y normohidratado. Abdomen: Peristaltismo aumentado. El resto es anodino.

Pruebas complementarias: Coprocultivo (negativo) y estudio de parásitos en heces (Endolimax nana). VIH negativo.

Plan: Medidas higiénico-dietéticas. Tratamiento con mebendazol.

Evolución: El paciente refiere que no tomó mebendazol, por mejoría clínica espontánea. En los cuatro meses posteriores presentó dos episodios más de gastroenteritis aguda con diarrea, sin productos patológicos, y autolimitados, por las que no acudió a consulta. En el quinto mes reconsulta por diez deposiciones líquidas la noche anterior, con restos de sangre y mucosidad rosada. Náuseas sin vómitos y astenia. Temperatura de 39,1 ºC. Coprocultivo: *Shigella flexneri* (sensible a trimetropin-sulfametoxazol). Estudio de parásitos: Blastocystis hominis. Se pauta trimetropin-sulfametoxazol. Tras el tratamiento, asintomático. Pendiente de nuevo estudio de VIH y estudio del déficit de inmunoglobulina A.

Conclusiones: En pacientes con episodios de gastroenteritis de repetición con clínica de diarrea se deben considerar múltiples causas, entre ellas, las infecciones por bacterias y por parásitos. Además, hay que descartar factores de riesgo como viajes recientes a países endémicos, actividades en la naturaleza como camping, ingesta de agua no potable, contacto con animales o inmunodepresión. Actualmente, existe controversia sobre la indicación de tratamiento etiológico de parásitos comensales, especialmente si se encuentran sintomáticos o con múltiples parasitosis recientes. Está abierta la discusión de si alguno de estos parásitos comensales es en realidad un verdadero patógeno o un marcador de disbiosis intestinal, por lo que pueda producir sintomatología intestinal.

Open Acces creative commons

Urticària crònica a l'Atenció Primària

Iván Villar Balboa
Meritxell Regí Bosque

Contacte:
meriregibo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5694

Motiu consulta: Dona 39 anys consulta el seu metge de família per lesions en forma de plaques eritematoses de 15 dies d'evolució.

Antecedents personals: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, sense hàbits tòxics i sense antecedents patològics d'interès.

Malaltia actual: La pacient presenta lesions cutànies pruriginoses de forma generalitzada, i lleu edema palpebral. No mostra clínica cardiorespiratòria o digestiva, ni artritis. Antecedent d'exposició solar i consum de 2-3 comprimits de naproxèn la setmana prèvia. Sense canvis alimentaris ni exposició a d'altres agents. És valorada a urgències hospitalàries i se li administra metilprednisolona/Polaramine® intramuscular. Alta amb prednisona, 40 mg/dia VO, pauta descendent i levocetirizina, 10 mg/8 h VO. La pacient presenta discreta millora clínica, però es reaguditzen les lesions cada matí (ritme circadiari).

Exploració física: Pressió arterial de 132/78 mmHg; freqüència cardíaca de 66 ppm i $SatO_2$ del 98%. Afebril. Lesions eritematoses maculars, sobreelevades, que conflueixen i formen plaques amb distribució a tòrax, abdomen, extremitats superiors i inferiors. A la cara interna de la cuixa dreta presenta lesions evolucionades de vora geogràfica pigmentada. Lleu edema palpebral. Sense lesions mucoses ni edema uvular.

Proves complementàries: Analítica: Hemograma, bioquímica, funcions renal, tiroidal i hepàtica normals. PCR i velocitat de sedimentació globular (VSG) normals. Anticossos antinuclears, antimitocondrials, anti-múscul lis, anti-LKM, anti-ADN bicatenari, anti-Ro, anti-La i anti-transglutaminasa tissular negatius. Factor reumatoide negatiu. Virus de les hepatitis B i C i VIH negatius. Proteïnograma i complement normals. Biòpsia cutània (servei de dermatologia): Epidermis i estrat corni normals. Dermis sense infiltrat inflamatori. Absència signes de vasculitis.

Diagnòstic diferencial: Urticària aguda o crònica, urticària de vasculitis, exantema medicamentós, dermatitis atòpica, dermatitis de contacte, exantema viral, eritema multiforme, lupus eritematós sistèmic, crioglobulinèmia i mastocitosi.

Tractament: Cal evitar els factors desencadenants. Antihistamínics de 2a generació en la dosi estàndard. Si no s'assoleix el control dels símptomes en 1 o 2 setmanes, s'ha d'augmentar la dosi o afegir antihistamínics de 1a generació (hidroxizina) a la nit. Altres opcions: Antileucotriens. Cal utilitzar corticoides en els exacerbacions greus (en pauta curta de 2-3 dies).

Evolució: La pacient va ser valorada un mes després a dermatologia, amb analítica i biòpsia normals i orientada a urticària crònica. Malgrat que va seguir el tractament amb dosis elevades d'antihistamínics, va presentar persistència de lesions, però de menor intensitat i nombre. Resta pendent de continuar estudi pel servei de dermatologia i al·lèrgies.

Conclusió: La majoria dels pacients amb urticària crònica amb història clínica i exploració física normals són diagnosticats d'urticària crònica idiopàtica. La biòpsia cutània no és necessària de forma rutinària, només davant de la sospita d'urticària de vasculitis o mastocitosi.

Pacient amb tos sense expectoració. «Doctor, em falta l'aire»

Beatriz Gonçalves Reis Dos Santos
Lesvimar Alexandra Possamai Berrios
Lia Milesi
Lorena Lara Bueno
Alba Quesada Almacellas
Iván Reina Fernández

Contacte:
ivan.reina.fernandez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5695

Descripció del cas: Pacient de 43 anys, no fumador i sense antecedents d'interès. Consulta per un quadre de tos seca de 5 dies d'evolució que no s'autolimita. S'orienta com a faringitis. Reconsulta als 6 dies per persistència de la tos i aparició de dispnea. Afebril en tot moment.

Exploració i proves complementàries: En l'exploració física a l'ambulatori, $SatO_2$ del 95% i hipofonesi d'hemitòrax esquerre i, en la radiologia de tòrax, el pulmó esquerre és blanc (vessament massiu). Pel resultat es deriva a l'hospital de referència. L'exploració física a urgències és igual que l'ambulatòria.

Proves realitzades a urgències: Radiologia de tòrax amb vessament pleural esquerre. Analítica de sang sense alteracions. Electrocardiograma amb taquicàrdia sinusal a 120 ppm sense altres alteracions. Tomografia axial computada de tòrax amb vessament pleural massiu amb engruiximent pleural basal pseudonodular per possible afectació tumoral o bé altres entitats (tuberculosi).

Líquid pleural: Exsudat limfocitari amb adenosina desaminasa (ADA) elevada, inflamació crònica i negatiu per a cèl·lules malignes.

Orientació diagnòstica: Com és un vessament unilateral i esquerre en pacient jove i asimptomàtic, el que cal descartar inicialment és un procés neoplàsic a nivell pulmonar.

Diagnòstic diferencial: Pneumònia, tromboembolisme pulmonar, malalties del teixit connectiu, processos abdominals.

Comentari final: Després de realitzar la radiologia toràcica ambulatòria es va orientar com a possible procés neoplàsic. Es derivà directament a urgències perquè era massiu, per la possible inestabilitat hemodinàmica que podia aparèixer i per aconseguir una mostra de líquid. Es va obtenir un exsudat amb ADA elevada molt suggestiva de tuberculosi.

Open Acces creative commons

El lado dulce de los corticoides

Violeta Ferrer Gracia
Montserrat Porta Borges
Carmen Moreno Blas

Contacte:
carmenmorenoblas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5696

Motivo de consulta: Paciente de 79 años que consulta en el centro de Atención Primaria por una clínica de anorexia, astenia, polidipsia y poliuria. En una visita previa dos meses antes consultó por algias generalizadas de predominio en cinturas y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 80 mm/h, el resto de valores bioquímicos (glicemia basal de 120 mg/dl) y reumatológicos eran negativos. Se diagnostica polimialgia reumática. Se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 60 mg/día en pauta descendente y seguía en tratamiento de mantenimiento hasta el momento de la reconsulta.

Antecedentes: Hipertensión arterial, síndrome ansioso-depresivo y artrosis.

Pruebas complementarias: Glicemia capilar de 560 mg/dl y cetonas positivas.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Ante el cuadro de hiperglicemia se realiza diagnostico diferencial entre diabetes mellitus de debut y efecto farmacológico adverso. Se deriva al hospital con orientación diagnóstica de hiperglicemia cetósica sin acidosis, secundaria a corticoterapia.

Conclusiones: En primer lugar se ha objetivado un sobretratamiento de corticoterapia para la patología reumatológica que presentaba la paciente en comparación con las recomendaciones de las guías clínicas. Por otro lado, ante el riesgo que comporta el uso de corticoides, se plantea si es necesario incrementar la vigilancia de los posibles efectos adversos, valorar las glicemias periódicas y el estado óseo de los pacientes en tratamientos prolongados, e informar al paciente de dichos riesgos. Este caso sirve de ejemplo para cuestionar el manejo de la corticoterapia y una mejor armonización farmacológica desde la Atención Primaria en pacientes de edad.

Escombroidosis, escondida en la comida

Montserrat Porta Borges
Dafna Schorr Cohen
Carmen Moreno Blas

Contacte:
carmenmorenoblas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5697

Motivo de consulta: Varón de 24 años que consulta por un cuadro de eritema en tronco y extremidades superiores de una hora de evolución. Tras ingerir un bocadillo de atún ha empezado a notar una sensación de aumento de temperatura corporal con la aparición súbita de un eritema generalizado y cefalea, motivo por el cual consulta en el centro de urgencias de Atención Primaria. Orientación diagnostica: Intoxicación alimentaria versus alergia.

Antecedentes: Sin antecedentes patológicos de interés ni hábitos tóxicos.

Pruebas complementarias: Analítica general: Sin alteraciones. Se realizan dos determinaciones espaciadas de niveles de triptasa sérica, que descartan cuadro alérgico.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: Dados los antecedentes de ingesta de atún y cuadro de eritema y reacción sistémica compatible, se orienta en un inicio como un cuadro de escombroidosis por ingesta de atún.

Evolución: Se decide mantener en observación unas horas y el paciente persiste estable. Se le administra cetirizina y analgesia para el tratamiento sintomático del cuadro agudo. A lo largo de la mañana, el paciente experimenta resolución del eritema inicial y de la cefalea. El paciente refiere mejora de su estado general junto con la resolución del cuadro de eritema y cefalea. Dado el buen estado general, se decide alta y control por médico de cabecera.

Conclusiones: La escombroidosis es una intoxicación seudoalérgica por pescado frecuente en nuestro medio. En condiciones inadecuadas de conservación o refrigeración, la musculatura de estos peces de carne oscura sufre descomposición bacteriana y se produce decarboxilación del aminoácido L-histidina y liberación de histamina. La histamina es resistente al calor, por lo que no se destruye con la cocción doméstica o comercial; sin embargo, la formación de histamina se inhibe si se mantiene el pescado a temperaturas de 0 ºC o inferiores.

Open Acces creative commons

Cómo comenzar con una diarrea y acabar con un debut de SIDA

Begoña López Rodríguez
Laia Montoya Salvadó
Iñigo Miranda García

Contacte:
miranda_10_92@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5701

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Varón de 46 años, natural de Portugal. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, ansiedad, hernia discal y herpes genital. Heterosexual, pareja estable >1 año. Tratamiento: Bisoprolol 2,5 mg, diazepam 5 mg, antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Consulta por diarrea tras una ingesta alimentaria caducada. Ante una exploración normal, se dan normas higiénico-dietéticas. Reconsulta al mes por persistencia de deposiciones diarreicas acompañadas de febrícula autolimitada, odinofagia, disfagia, astenia y pérdida de peso. Temperatura de 37,3 ºC, adenopatía submandibular, orofaringe eritematosa con manchas blanquecinas en la cavidad bucal. Abdomen con peristaltismo aumentado. Resto de la exploración normal.

Juicio clínico: Diarrea crónica (>4 semanas) y candidiasis orofaríngea.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis infecciosa, parasitosis, diarrea farmacológica, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, malabsorción, maldigestión, hipertiroidismo, neoplasia, tumor neuroendocrino. Leucoplasia oral vellosa, leucoplasia oral, liquen plano. Ante la persistencia de los síntomas digestivos y la aparición de muguet oral, solicitamos estudio analítico con serologías, incluida la del VIH.

Analítica: Afectación leve de las tres series. Coprocultivo, parásitos y serología negativos. VIH-1 positivo mediante análisis de inmunoabsorción ligada a las enzimas (ELISA) y confirmación por Western blot (WB).

Evolución: El paciente es derivado de urgencia a la unidad de VIH de referencia. Relación sexual de riesgo >4 años. Analítica con carga viral de 281.279 (normal < 40); LTA CD4, 6; LTA CD8, 475 y CD4/CD8, 0,01. Ante la constatación de la enfermedad en un estadio avanzado (sida) se inicia inmediatamente terapia antirretroviral (TAR).

Conclusiones: La infección por VIH se trasmite mayoritariamente por vía sexual, por lo que deberíamos reforzar e implementar actuaciones eficaces para prevenir la trasmisión por esta vía. En 2017, de los nuevos diagnósticos de VIH en España, el 47,8% fueron diagnósticos tardíos (CD4 < 200) y un tercio fueron personas originarias de otros países. Es necesario diversificar los programas de prevención y adaptarlos a los diferentes colectivos. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de la importancia de diagnosticar la infección precozmente y de que cualquier persona con prácticas de riesgo es vulnerable al VIH.

Doctora, tinc l'ungla verda

Inés Marín Rodríguez
Maria Termes Codina
Ariadna Romero Aranda

Contacte:
aromeroaranda@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5703

Dona de 84 anys, hipertensa en tractament diürètic, dislipèmica en tractament dietètic, amb antecedents de neoplàsia de còlon tractada amb quimioteràpia (en la qual va presentar descamació i onicòlisi als peus), artrosi, condrocalcinosi, insuficiència venosa crònica i atròfia renal dreta.

Consulta a la seva metgessa de família perquè presenta des de fa mesos una taca a l'ungla del primer dit de la mà dreta que ha augmentat de mida fins a ocupar-ne la totalitat, sense traumatisme ni cap altre factor desencadenant. Refereix episodis similars des de fa 10 anys.

Exploració física: Ungla distròfica amb pigmentació verdosa.

Diagnòstics diferencials: Onicomicosi: Candida, Fusarium, Aspergillus. Infeccions bacterianes: Pseudomonas, Proteus. Traumatisme. Efecte farmacològic (quimioteràpia) advers. Es remeten fotografies a teledermatologia. Orienta com a cromoníquia verdosa en context de possible sobreinfecció per Pseudomonas o Candida. El tractament proposat consisteix en la higiene de l'ungla i l'aplicació tòpica d'urea concentrada i oclusió per evitar la propagació, i aplicació de crema antifúngica + antibacteriana + corticoidea. Com a opció alternativa es podria proposar banyar la ungla en vinagre diluït al 50%.

Conclusions: La cromoníquia verdosa o cloroníquia és una patologia d'etiologia variada, causada freqüentment per una infecció per Pseudomonas, germen que es troba en ambients i materials humits. Els factors de risc que predisposen a aquesta patologia són una ungla prèviament malalta (en l'onicòlisi es crea un espai subunguial que afavoreix l'acumulació de residus i patògens) i la humitat (l'ús destris com fregalls, esponges o el contacte freqüent amb aigua). Cal tenir present aquest patogen en els jardiners, el personal de cuina i el personal de la neteja i llar. El tractament es basa en antibiòtic tòpic +/- antifúngic, ja que acostumen a coexistir diversos patògens. Les onicopaties són motius de consulta freqüents en Atenció Primària i és important conèixer el diagnòstic diferencial i les etiologies tractables des del nostre àmbit.

Open Acces creative commons

Una diabetis que debuta amb amputació

Ariadna Romero Aranda
Maria Àngels Ríos Rodríguez
Inés Marín Rodríguez

Contacte:
ines.mro@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5704

Home de 63 anys que acut urgències hospitalàries per edema, eritema, augment de temperatura al dors del peu esquerre i ferida al segon dit. S'orienta de cel·lulitis i es remet a l'ària bàsica de salut (ABS) per al seguiment. Es recomana cura tòpica diària i antibiòtic oral.

Consulta el CAP tres dies després, sense haver fet cap cura...

No presenta antecedents patològics ni familiars d'interès. Està poc vinculat amb l'ABS. Treballa de pagès. Dies abans, al retirar el calçat va notar el peu inflamat i una taca sanguinolenta al mitjó.

Porta calçat de tipus sandàlia. Peu brut, edematós i eritematós. Clivella interdigital entre els dits 2n i 3r, amb exsudat serosanguinolent. Polsos poc palpables per l'edema. Es realitza educació: Importància de les cures, la higiene i el calçat. El citem per a 24 hores després: La inflamació ha progressat, la ferida és més exsudativa i amb hematoma a la base del quart dit, zona perilesional macerada i febrícula.

Es deriva a urgències, on es drena la ferida i es detecta glucosa de 287 mg/dl, que es normalitza amb tractament a urgències. Dies després acut a l'ABS perquè presenta ferida, probablement fistulitzada. Nega haver completat les cures. En dies posteriors presenta evolució desfavorable i glicèmia a 405 mg/dl sense cetonúria. Es remet a l'hospital per l'evolució tòrpida, amb sospita de debut diabètic amb peu diabètic complicat.

Ingressa a cirurgia vascular amb orientació diagnòstica de peu diabètic amb arteriopatia obliterant perifèrica de grau IV. Es realitza amputació dels dits 2n i 3r.

Actualment el pacient presenta una ferida quirúrgica en fase d'epitelització. Fa seguiment entre l'hospital i l'ABS. El pacient coneix la malaltia i la importància de l'adherència al tractament per afavorir la cicatrització i evitar altres complicacions.

El diagnòstic i el tractament precoços de qualsevol lesió al peu són primordials per evitar amputacions en el peu diabètic. Implicar el pacient en la seva pròpia cura i responsabilitzar-lo de la seva salut afavoreixen la bona evolució.

Seguim amb les benzodiazepines

Marina Rovira Illamola
Joan Clos Soldevila
Mireria Sans Corrales
Olga Barba Ávila

Contacte:
obarba@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5705

Objectiu: Promoure des de la comissió de farmàcia diferents accions per a la desprescripció de les BZD.

Descripció: La comissió de farmàcia està formada per un equip multidisciplinari integrat per la farmacèutica de l'hospital de referència, metges de família, infermeria i membres d'atenció a l'usuari. Es fan reunions periòdiques per treballar la informació que es transmet a l'equip i com fer un bon ús dels medicaments. Se sap que les BZD generen dependència amb el temps i hi ha estudis que demostren que la seva utilització pot produir increment de fractures de maluc, empitjorament de l'estat de consciència i increment del risc de demència. Per treballar en la desprescripció es porten a terme diferents accions, com ara: 1. Sessions clíniques als professionals sanitaris fetes des de la comissió de farmàcia. 2. Elaboració d'informació dirigida als pacients sobre els efectes secundaris de les BZD i mesures d'higiene del son en dos formats: - Tríptic en paper, que permet individualitzar una pauta posològica descendent per a desprescriure la BZD. - Vídeo protagonitzat per personal sanitari del propi centre que es projecta a les sales d'espera dels pacients.

Conclusions: Amb el temps s'ha vist una davallada en la prescripció de BZD d'un 30% gràcies a la informació que rep el metge des de la comissió de farmàcia i a la informació que rep el pacient tant per part del metge, oralment, en suport paper o amb imatges de televisor.

Aplicabilitat: L'experiència pot ser aplicable en altres centres.

Open Acces creative commons

Catherina Monteghirfo-Núñez
Pere Josep Lladonet-Riera
Pilar Montero-Alía

Contacte:
pmonteroalia@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5707

Plexopatia braquial per herpes zòster

Varón de 68 años con antecedentes de arritmia cardiaca por fibrilación auricular (ACXFA) en tratamiento con Pradaxa® e insuficiencia cardíaca estable.

Consulta en urgencias de su centro de salud por dolor en el hombro derecho, irradiado a la mano, de 4 días de duración. Exploración física anodina. Se orienta como una tendinitis del manguito de rotadores y se pauta tramadol/paracetamol.

Dos días más tarde consulta con su médico de Atención Primaria por la aparición de lesiones de aspecto vesicular en territorio C5-C6 y por persistencia de dolor de características neurálgicas. Se reorienta el caso como herpes zóster (HZ). Se pauta famciclovir 500 mg/8 h x 7 días y gabapentina para control del dolor.

A las 4 semanas reconsulta por hemiparesia en la extremidad superior derecha: Discinesia escapular, balance muscular 2-3/5, flexión del brazo hasta 70º con compensación posterior, hipoestesia de la cara anterior del húmero, ausencia de reflejo bicipital, balance articular pasivo libre y sin déficits neurológicos centrales. Se orienta el caso como plexopatía braquial por HZ y se solicita electromiografía (EMG) con carácter pronóstico. Se deriva a rehabilitación donde le visitan 4 días más tarde.

La EMG realizada un mes después mostró afección radicular C5, C6 y C7 derecha con pérdida de unidades neuromusculares funcionales y sin signos de denervación aguda.

Tratamiento: Rehabilitación con cinesiterapia, electroestimulación transcutánea de nervios (TENS) y magnetoterapia durante 4 meses + gabapentina por neuralgia postherpética.

Al ser dado de alta de rehabilitación presentó un balance muscular de 5/5 y dolor persistente de 4/10.

La afectación motora del plexo braquial por HZ es muy infrecuente. Su diagnóstico suele ser clínico y la EMG confirma la lesión motora. La afectación clínica motora suele aparecer a los 15-20 días de la erupción cutánea, pero también meses más tarde. Un dolor mal definido puede ser la antesala de un HZ. El pronóstico funcional de la plexitis braquial por HZ suele ser el 75% de recuperación completa a los 6-12 meses.

Juan José Montero-Alía
Pilar Montero-Alía
Leonardo Llanos- Manrique
Tamara Jiménez-Pascua
Mercè Jiménez-González
Lucía Andrade-Caballero

Contacte:
jjmontero.bnm.ics@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5709

Fuerza extensora isométrica de la rodilla y caídas en Atención Primaria

Objetivo: Conocer la relación entre la fuerza extensora isométrica de rodilla y otras pruebas de equilibrio y caídas.

Hipótesis: La fuerza isométrica extensora de rodilla puede utilizarse para evaluar rápida y fácilmente el riesgo de caídas en la Atención Primaria.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes. Criterios de inclusión: Adultos mayores de 70 años residentes en la comunidad, capaces de caminar de manera autónoma (con o sin asistencia técnica) y que acepten participar. Criterios de exclusión: Pacientes domiciliarios, con deterioro cognitivo moderado, enfermedades terminales o cirugía protésica reciente en las extremidades inferiores. Visita inicial: Evaluación del equilibrio con Timed Up and Go, Tinetti, Unipodal, la consola Wii® de Nintendo® y la fuerza extensora de la rodilla. Seguimiento telefónico a los seis y doce meses para recoger las caídas y las consecuencias.

Conclusiones preliminares: 254 participantes, edad media de 79 años, 56% mujeres, asistencia técnica en el 10,8% de hombres y en el 21,7% de mujeres (p = 0,022). Miedo a caerse (short-FES-I): 7-8 puntos, 80% en mujeres y 91% en hombres (p = 0.010). Prueba de Tinetti (28/28): 18,4% en mujeres y 29,8% en hombres (p = 0,038). Wii Balance: 43% en mujeres y 27% en hombres (p = 0,016). Timed Up and Go: Hombres en 12 s y mujeres en 15 s (p = 0,001). La fuerza extensora media en los participantes sin antecedentes de caídas en los 12 meses anteriores a la inclusión en el estudio es de 11 kg y con antecedente de caídas de 8 kg (p = 0,021).

Discusión: Las mujeres tienen más miedo a caerse y obtienen peores resultados de equilibrio en todas las pruebas, excepto en la calculada por la consola. Destaca que la fuerza extensora de la rodilla es menor en los participantes con antecedentes de caídas. El estudio aún no ha sido completado para verificar que prospectivamente continúa la misma relación.

Financiación: Beca Gonçal Calvo i Queraltó, 2017. ACMCiB, filial Maresme. CEIC: P18/093 IDIAPJGol.

Open Acces creative commons

Eva Hernández Lázaro
Jorge Quer Ramiro
Teresa Basora Gallisà

Contacte:
tbasora.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5710

Herpes zòster en el territori del nervi medià

Pacient de 86 anys amb antecedents personals de: Litiasis renals de repetició. Sèpsia amb fracàs renal agut fa 3 anys per enclavament de càlcul renal dret. Síndrome del túnel carpià bilateral, intervinguda del túnel dret fa 23 anys. Infiltració de túnel carpià esquerre 5 mesos abans de l'aparició de la clínica que presentem. Pròtesi total de genoll dret per gonartrosi. Hiperparatiroïdisme primari per adenoma de paratiroide ectòpic a mediastí, intervinguda per laparoscòpia el 2006. Hipertensió arterial de 20 anys d'evolució i diabetis mellitus en tractament amb enalapril 20 mg/24 h i sitagliptina 100 mg/dia + metformina 1.600 mg/dia. Hèrnia hiatal. Intervinguda de cataractes bilaterals amb degeneració macular senil bilateral.

Anamnesi: Refereix que presenta dolor amb sensació urent i lancinant als tres primers dits de la mà esquerra. Inicialment s'atribueix a la seva patologia i es recomana analgèsia amb paracetamol 1 g/8 h. Després de 24 hores apareixen lesions cutànies als tres dits. Exploració: Maniobres del túnel carpià negatives; tres lesions, una a cada dit de la mà esquerra, en forma de pàpules eritematoses amb discret component ampul·lar a cadascuna. Sense altres alteracions. Diagnòstic diferencial: Inicialment, amb la seva patologia de túnel carpià. Mononeuritis del nervi medià en persona diabètica. Judici clínic: Es va fer el diagnòstic d'herpes zòster amb afectació del nervi medià.

Tractament: Valaciclovir 500 mg/8 h x 7 dies i metamizol cada 8 h. La pacient no ha presentat neuràlgia postherpètica.

Conclusions: La localització que no afecta el tronc ni el crani només es dona en un 2,5% dels casos i no hem trobat casuística sobre les afectacions del nervi medià, que no s'ha descrit com a complicació de les infiltracions. Disposem de consentiment del pacient.

Teresa Basora Gallisà
Enrique Sardaña Álvarez
Rafael Albiol Lluis
Eva Hernández Lázaro
Teresa Basora Gallisà

Contacte:
tbasora.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5712

Podem reduir el consum de fàrmacs per a l'ansietat i la depressió?

Objectius: Crear una nova organització de l'atenció als problemes lleus d'ansietat i depressió en una àrea bàsica de salut (ABS) amb una prevalença de les dues patologies superior a la mitjana de Catalunya. Disminuir el consum de fàrmacs: Benzodiazepines i antidepressius.

Descripció de l'experiència: Es va analitzar la prevalença d'ansietat i depressió dels equips d'Atenció Primària (EAP) atesos en un centre de salut mental, comparada amb la de Catalunya segons l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS; indicadors per diagnòstic de salut dels EAP). Es van incorporar a l'EAP un metge psiquiatra, un psicòleg i una infermera de psiquiatria, com a consultors i que només en casos molt puntuals atenien directament els pacients. Es van iniciar grups psicoeducatius amb la realització de dotze sessions per grup, amb caràcter setmanal i conduits per una infermera del centre i per una psicòloga Es va avaluar el consum de benzodiazepines i antidepressius previ i dos anys després de la intervenció.

Conclusions: La prevalença de pacients atesos als centres de salut mental l'any 2016 era més alta que la mitjana de Catalunya pel que fa a l'ansietat (14,2 enfront de 19,9) i la depressió (34,7 enfront de 44,1). El nou model organitzatiu de salut mental ha permès disminuir el consum de fàrmacs: Les benzodiazepines han disminuït de 77,45 a 70,53, en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia, ajustada per trams d'edat i tipus d'usuari (actiu/pensionista). I els antidepressius, de 50,56 a 47,73. El rati de derivacions esperades a psicologia + psiquiatria ha passat en dos anys d'1,35 a 0,32 (1 es la mitjana de l'Institut Català de la Salut).

Open Acces creative commons

Hugo, el sodi i la tònica

Sílvia Zamora Mestre
Carla Cabrera Suárez

Contacte:
ccabrera@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5713

Home de 59 anys, joier, casat, fumador, hipertens des del 2016, dislipidèmia, dolor toràcic atípic l'agost de 2018 i hemorràgia subaracnoidea l'abril 2019. Tractament: Àcid acetilsalicílic 100 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, atorvastatina 80 mg/dia, manidipina 10 mg/24 h.

Àmbit cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Primera visita arrel del seu canvi de centre d'Atenció Primària (CAP). Es detecta hiponatrèmia entre 130-134 mEq/l des del 2014, asimptomàtica, no filiada. Exploració física normal. Exploracions complementàries i evolució: Gener de 2014: Glucosa, 84 mg/dl; creatinina, 0,86 mg/dl; filtració glomerular (FG) segons l'equació Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), >60 ml/min; colesterol, 267 mg/dl; colesterol de lipoproteïnes de baixa densitat (LDL), 176 mg/dl; triglicèrids, 183 mg/dl; Na: 134 mmol/l; K, 4,4 mmol/l, i sediment d'orina normal. Maig del 2015: Na, 133 mmol/l; K, 4,77 mmol/l; glucosa, 80 mg/dl; colesterol, 189 mg/dl; colesterol-LDL: 107 mg/dl, i triglicèrids 147 mg/dl. Agost del 2016: Glucosa, 97 mg/dl; creatinina, 0,83 mg/dl, FG segons Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), >90 ml/min/1,73 m2; Na, 130,9 mmol/l; K: 4,5 mmol/l; tirotropina (TSH), 1,73 mU/l; cortisol: 18,88 µg/dl, i radiografia de tòrax normal. Desembre de 2016: Na, 137,5 mmol/l; K: 4,88 mmol/l, i debuta hipertensió arterial. Octubre de 2017: Na 130,8 mmol/l; K: 5,01 mmol/l; índex albúmina/creatinina: 8 mg/g, i canvi de metge de família. Agost de 2018: Dolor toràcic atípic. Urgències hospitalàries: Na, 131 mmol/l; K: 4,59 mmol/l; electrocardiograma normal, radiografia de tòrax normal, cardio-tomografia axial computada (cardio-TAC), i malaltia ateroescleròtica amb CAD-RADS nivell 2. S'inicia àcid acetilsalicílic 100 mg/dl. Canvi de CAP. Març de 2019: Primera visita amb nova metgessa de família. Exploració física sense edemes i tensió arterial de 140/88 mmHg. Analítica: Na, 130 mmol/l; K: 4,7 mg/dl; glucosa 93 mg/dl; creatinina, 0,71 mg/dl; FG CKD-EPI, > 90 ml/min/1,73 m2; colesterol, 135 mg/dl; alanina aminotransferasa (ALT), 28,80 UI/l. Abril de 2019: Hemorràgia subaracnoidea. Maig de 2019: Na, 136 mmol/l; K, 4,5 mmol/l; cortisol, 20,4 µg/dl; TSH: 3,32 µU/ml, osmolalitat de sèrum, 269,96 mmol/kg; osmolalitat d'orina: 295 mmol/kg, i Na a l'orina: 57 mmol/l. Arrel de la normalització de la natrèmia s'insisteix en l'anamnesi i es detecta un consum diari de 4-5 litres de tònica i aigua entre àpats. El pacient en suspèn el consum arrel de l'hemorràgia subaracnoidea. Actualment es troba pendent de nova analítica d'aquí a una setmana per veure si es normalitza l'osmolalitat amb un consum de líquids normal i, així, poder fer un diagnòstic de polidípsia o de síndrome de secreció inadequada de vasopressina.

Problemes: Interrupcions de la longitudinalitat arrel de canvis de metge de família i de CAP.

Conclusions: La longitudinalitat i l'anamnesi són eines clau per al diagnòstic en l'Atenció Primària.

Evaluación tecnológica de health circuit como soporte digital para la gestión de pacientes crónicos

Eva Aumatell
Carmen Hernández
Inés Milà
Josep Roca
Isaac Cano
Carmen Herranz

Contacte:
cherranz@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5714

Antecedentes: Existe un elevado potencial de mejora de la gestión de la cronicidad mediante el trabajo colaborativo entre profesionales de diferentes niveles asistenciales y la mejora de la eficacia de los propios pacientes. El soporte digital proporcionado por Health Circuit puede ser útil para ambos objetivos.

Objetivo: Se explorará la aceptabilidad y usabilidad de Health Circuit para pacientes y profesionales. También se analizará el potencial de la herramienta digital para la gestión de procesos clínicos complejos con ayuda de bots inteligentes.

Material y métodos: Ensayo controlado, simple, multicéntrico, aleatorizado por centros, de 3 meses de duración, efectuado por equipos de Atención Primaria urbanos, con una relación intervención-control de 2:1 (n=38). La gestión de casos del grupo de intervención se efectúa con el soporte de Health Circuit, mientras que en el grupo de control se realiza una gestión convencional. La variable principal es la usabilidad de la herramienta medida a través de la escala de usabilidad System Usability Scale (SUS). Otras variables son la robustez tecnológica, el potencial de cobertura, la experiencia del paciente y la experiencia del profesional. Código CEI HCB/2019/0762.

Resultados esperados: Se espera que la herramienta sea usada y aceptada por pacientes y por profesionales, la detección de incidencias técnicas y de circuito que ayuden a refinar Health Circuit, para su uso en una segunda fase del estudio orientada a explorar su utilidad clínica. Además, el protocolo nos permitirá identificar procesos clínicos complejos susceptibles de ser gestionados con la ayuda de bots inteligentes.

Conclusiones: El estudio explora el papel de Health Circuit como soporte digital para la prevención de eventos no deseables y la optimización de la gestión de pacientes crónicos mediante la mejora de la continuidad asistencial y de la eficacia de los propios pacientes.

Estudio financiado parcialmente por el proyecto EU CONNECARE y parcialmente por EU NEXTCARE.

Open Acces creative commons

¿No es un flemón dental?

Juan Ángel Robles Torres
Raquel Pinto Rodríguez

Contacte:
41784rpr@comb.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5715

Ámbito del caso: Atención Primaria y otorrinolaringología.

Motivo de consulta: Acude al centro de Atención Primaria (CAP) de urgencias por inflamación de partes blandas, hemifacial derecha con dolor local. Se orienta como flemón dental y se pauta antibiótico. En dos ocasiones más es visitado de nuevo en urgencias porque no se consigue mejoría y se pautan varios antibióticos más.

Historia clínica: Se trata de un hombre de 60 años, fumador de 1,5 paquete/día y con enolismo moderado. Como antecedentes patológicos destacan: Hipercolesterolemia, ludopatía. Dada la evolución tórpida del proceso se solicita una radiografía que muestra opacidad del sino maxilar derecho. Se vuelve a orientar como proceso infeccioso y se cita para evolución, pero el paciente no acude. A los tres meses acude por un empeoramiento, con sospecha de tumoración, por lo que se deriva a otorrinolaringología. Se completa estudio con resonancia magnética que confirma la presencia de una tumoración voluminosa dependiente de la cresta alveolar. Se extiende hasta apófisis pterigoides, invade la totalidad del paladar duro y del antro maxilar, el suelo de la órbita derecha, las fosas nasales y el tercio distal del canal lagrimal. Estadificación: T4bN0M0. La biopsia confirma carcinoma escamoso. Se traslada a oncología con diagnóstico de *head and deck squamous cell carcinoma* (HNSCC) de cresta alveolar no resecable. Se inicia tratamiento con quimioterapia y actualmente el paciente está en tratamiento paliativo.

Conclusiones: Los cánceres de cabeza y cuello suelen comenzar en las superficies húmedas que recubren boca, garganta y nariz. La mayoría de ellos son carcinomas escamosos. El alcohol y el tabaco aumentan el riesgo y aparece en personas mayores de 45 años. Son más frecuentes en los hombres. Los síntomas pueden incluir disfagia, odinofagia y afonía. En el diagnóstico se utiliza resonancia magnética y biopsia. La evolución depende de la estadificación, pero tienen escasa supervivencia. Es importante el diagnostico diferencial en Atención Primaria y que la presencia de un posible flemón dental persistente nos haga sospechar de un origen tumoral. El paciente manifiesta su autorización.

Pèrdua de pes en un pacient jove

Sheila Menéndez Ramos
Ester Rosario Aguado Rodríguez
Mireia Torruella Xufré

Contacte:
m.torruella.x@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5716

Dona de 35 anys, fumadora, que consulta a l'àrea bàsica de salut (ABS) per quadre d'uns 6 mesos d'evolució de nerviosisme, palpitacions, alteració del ritme deposicional amb tendència a l'alternança entre restrenyiment i diarrees, i pèrdua quantificada d'uns 8 kg de pes.

També refereix problemes d'esterilitat des de 2016.

Antecedents: Antecedent familiar d'hipotiroïdisme d'una tieta materna. Fumadora d'unes 8 cigarretes/dia. Intervenció quirúrgica: Implants mamaris. Sense tractament habitual.

Exploració física: Tensió arterial de 131/79 mmHg i freqüència cardíaca de 110 ppm. Auscultació cardíaca: Tons rítmics taquicàrdics, sense bufs. Exoftàlmia bilateral. Es palpa un augment de tiroide a costa d'ambdós lòbuls, predominantment del dret.

Exploracions complementàries: Electrocardiograma: Taquicàrdia sinusal a 110 ppm, PR 120 ms, QRS estret amb eix a +60º; criteris de Sokolov, 35-37 mm.

Analítica inicial: T4 lliure de 70,5, i tirotropina < 0.02 mU/l. Resta normal.

Ecografia de tiroide: Tiroide augmentat, parènquima heterogeni pseudonodular i marcada captació difusa al Doppler color. Dimensions: Lòbul dret 30,3 x 29,7 x 55,5 mm; istme 12,2 mm; lòbul esquerre 18,8 x 24.3 x 49,6 mm. No s'aprecien adenopaties locoregionals.

ECO-cardio: VE no dilatat ni hipertrofiat, amb FEVE normal i sense alteracions segmentàries de la motilitat. Aurícula esquerra lleugerament dilatada (33 mm). Vàlvula aòrtica trivalva, sigmoidals discretament esclerosades amb obertura conservada. Vàlvula mitral amb vels fins i correcte pla de coaptació. IM lleugera.

Tractament i evolució: Des de l'àrea bàsica de salut s'inicia propranolol, 10 mg en pauta ascendent. Ja des de la consulta d'endocrinologia s'inicia tiamazol i se sol·licita analítica amb immunitat de tiroide, que resulta positiva per a anticossos antiperoxidasa i anti-receptor TSH). Amb l'orientació diagnòstica d'hipertiroïdisme per malaltia de Graves-Basedow, se li planteja el tractament definitiu d'entrada, però de moment continua amb tiamazol diari i controls mensuals. Es comenta l'ECO-cardio amb cardiologia i es recomana un control d'aquí a 5 anys. Actualment es troba pendent de valoració d'oftalmologia per empitjorament de l'agudesa visual, llagrimeig freqüent i visió borrosa o doble ocasionalment. Autorització telefònica de la pacient per presentar el cas.

Open Acces creative commons

Beatriz Joven Llorente
Kristina Nikolaeva Vladimirovna

Contacte:
krika1004@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5719

Neumonía por legionela en paciente de edad avanzada con deterioro del estado general. A propósito de un caso en Atención Primaria

Ámbito del caso: Atención de urgencias de centro de Atención Primaria.

Anamnesis: Mujer de 76 años que reconsulta por tercera vez por una clínica de sudoración y vómitos, deterioro del estado general y dificultad respiratoria. Inició clínica de malestar 5 días antes, con febrícula, dolor articular generalizado y cefalea. El día siguiente realiza varias deposiciones diarreicas sin productos patológicos, acompañadas de mucosidad nasal, odinofagia y posteriormente epigastralgia, con fiebre de 38 ºC, sin clínica respiratoria.

Antecedentes: Hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, neumonías de repetición.

Exploración: Estado general regular, $SatO_2$ del 93-94%, temperatura de 37,5 ºC, frecuencia cardiaca de 87 ppm, tensión arterial de 162/63 mmHg. Faringe normal, en la auscultación respiratoria destacan crepitantes en la base izquierda. Dolor epigástrico sin signos de irritación peritoneal.

Orientación clínica: Basándonos en la clínica y en la exploración, se orienta el cuadro como una neumonía y se realiza una radiografía de tórax.

Exámenes complementarios: La radiografía de tórax muestra condensación en el lóbulo inferior izquierdo, sin derrame pleural. Se deriva a la paciente a urgencias hospitalarias y se realiza analítica. Destaca: Na, 125 mmol/l; lactato, 2,5; PCR, 440 mg/dl. Antigenuria: Antígeno de legionela positivo.

Juicio clínico: Apoyados en pruebas complementarias y de exploración, diagnosticamos una neumonía por legionela del lóbulo inferior izquierdo FINE IV.

Tratamiento: Se instaura antibioticoterapia con levofloxacino, y paracetamol si hay dolor.

Seguimiento final: La paciente presentó progresiva y rápida mejoría del estado general y disminución de los niveles PCR hasta 316 mg/dl, con franca mejoría del infiltrado en la base pulmonar.

Conclusiones: La paciente de edad avanzada con patologías de base ha sido derivada y diagnosticada de forma correcta solo en la tercera consulta, al presentar ya un deterioro importante de estado general. El retraso en el diagnostico en pacientes frágiles puede conllevar a una grave afectación renal, tromboembolias, afectación pleural y hasta insuficiencia cardíaca o respiratoria que conlleve la muerte. El caso obliga a repasar la patología, su clínica y tener presente su evolución aberrante y frecuentemente inusual, sobre todo en pacientes frágiles.

Maite Coll Perona
Maria Petra Pérez-Hervada Maestre
Andrea Caño Garcia
Clara Ortí Segarra

Contacte:
cortis.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5720

Projecte futur. Avaluació (passat i futur)

Objectius: Principal: Apropament del centre d'Atenció Primària (CAP) a la comunitat. Secundari: Conèixer diferents perfils professionals que treballen al CAP. Potenciar hàbits de salut en adolescents i habilitats de la vida diària. Empoderament de rols a primària. Cohesió i orgull d'equip. Dues edicions: 2018-2019, comparació i accions de millora.

Descripció: El febrer de 2018 i el març de 2019, un grup de 12-20 alumnes van venir al CAP dos dies, de les 9 a les 14 h, per conèixer la jornada laboral. Activitats: Breu explicació del sistema sanitari català i xerrada sobre els diferents rols professionals que conviuen a l'equip d'AP. Visita del CAP. Tallers: Instrumental sanitari, embenats, sutures, cures bàsiques, reanimació cardiopulmonar. Xerrades sobre hàbits d'una vida saludable: Alimentació, exercici físic, sexualitat, drogodependències. Teatralització i posada en practica d'allò après. Enquesta amb propostes i accions de millora. Primera edició: Alumnes voluntaris; segona edició: Observem menys motivació pel món laboral sanitari. Prèvia estada, reunions de preparació amb alumnes: Valoració de motivacions i manifesten les activitats i els coneixements que els interessen. La valoració global dels alumnes és molt bona. L'activitat menys puntuada fou la xerrada sobre l'exercici físic; les més puntuades, la xerrada sobre alimentació (2018) i els tallers (2019). Les avaluacions del primer any foren més altes que les del segon, a costa d'una valoració global del primer dia, la xerrada sobre els estaments sanitaris i l'exercici físic.

Conclusions: L'AP és la porta d'entrada al sistema públic de salut. Part de la població desconeix la feina que fem els professionals que treballem al CAP. L'activitat és un primer contacte per a adolescents, futurs usuaris o professionals del CAP. Permet l'abordatge de problemes prioritaris de salut en un entorn més asèptic (fora d'escola i de la família). A partir dels resultats, i segons les enquestes d'estudiants i professionals, com a acció de millora avaluem la possibilitat de futures edicions: Reduir el temps d'exposició teòrica i augmentar el temps d'activitats pràctiques (desig explícit dels estudiants: Conèixer més sobre la tècniques usades i per exercir el paper dels professionals sanitaris). Que sigui una activitat voluntària i un grup més reduït.

Aplicabilitat: Projecte aplicable en altres escoles de la nostra àrea d'influència i en altres CAP. No calen materials o instal·lacions especials. El material emprat és material sanitari caducat. Els professionals són tots voluntaris.

Open Acces creative commons

Idoia Álvarez Reyes
Antoni Vives Argilagós
Silvia Plaza Santos-Olmo

Contacte:
silvia.plaza.feina@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5721

Dolor cervical anterior com a forma de presentació d'una tiroïditis subaguda

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Quadre de dolor cervical anterior, d'un mes d'evolució.

Història clínica: Dona de 30 anys, originària de l'Índia i resident a Catalunya des de fa 3 anys, casada i amb dues filles. Sense al·lèrgies conegudes ni antecedents d'interès. Consulta per un quadre de dolor cervical anterior, d'un mes d'evolució, que ha anat augmentant d'intensitat i ha associat pèrdua de gana. Destaca l'antecedent d'un episodi catarral amb febre el dia abans d'iniciar-se la clínica. En l'exploració física destaca una tiroide augmentada de grandària, de consistència elàstica i dolorosa. Es va pautar Ibuprofèn 600 mg/8 h, amb orientació de tiroïditis subaguda, i es va sol·licitar analítica urgent que mostrava: * Tirotropina (TSH), 0,01 mU/l; T4 lliure, 29,2; velocitat de sedimentació globular (VSG), 86 mm/h; anticòs antiperoxidasa < 15, i anticòs anti-receptor TSH < 1.1*. A la revaloració, la pacient explicava persistència del dolor i es va substituir l'antiinflamatori no esteroidal (AINE) per prednisona 40 mg/dia i disminució progressiva des de la desaparició de la simptomatologia. Davant els resultats d'hipertiroïdisme, se sol·licità gammagrafia que informà d'un augment de l'activitat de fons, distribució homogènia del traçador, asimetria de la captació entre els dos lòbuls i destacà l'augment de l'activitat en el lòbul dret i una disminució de la captació en lòbul esquerre. Conclusió: Compatible amb tiroïditis subaguda en fase de recuperació. En controls posteriors (velocitat de sedimentació globular (VSG), 26->30 mm/h; TSH, 0,01->0,38 mU/l, i T4 lliure, 17,4->14,3), els paràmetres van evolucionar a un hipertiroïdisme subclínic. Actualment, la pacient es troba asimptomàtica, sense tractament, però amb controls analítics periòdics per detectar una possible conversió a hipotiroïdisme.

Conclusions: La tiroïditis subaguda és un procés relativament freqüent i assumible a nivell d'Atenció Primària. Cal conèixer-lo per diagnosticar-lo i poder fer-ne el seguiment i els controls necessaris. Cal destacar la importància d'una anamnesi dirigida per instaurar un diagnòstic i un tractament precoços.

Pedro Ojea Comesaña
Andrea Prados Martín
Nariman Chahboun el Messaoudi
Lluís Cuixart Costa
Carla Cabrera Suárez

Contacte:
pedrojeacomesa@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5722

Infeccions del tracte urinari no complicades. Quina influència hi tenen l'edat i sexe?

Objectiu: Avaluar la influència que tenen l'edat i el sexe en la prescripció d'antibiòtics a pacients amb una infecció del tracte urinari (ITU) no complicada; i si es troben presents factors que poden modificar el seu pronòstic, com la retenció urinària i la recurrència de l'ITU.

Metodologia: Estudi descriptiu transversal retrospectiu dels pacients diagnosticats d'ITU durant el primer trimestre de 2019 en un centre d'Atenció Primària urbà, a partir d'una mostra aleatoritzada. Anàlisis estadístiques a partir de models de regressió lineal (variables quantitatives i categòriques) i regressió logística (variables categòriques amb càlcul de l'odds ratio [OR] i referència al sexe femení)

Resultats: Univers de 95 pacients. Edat mitjana: 63,7 (SD: 23,5). Rang: 20-103. Dones: 85,3% (cap gestant). Edat mitjana: Homes (77,6), dones (61,2) (p = 0,015. IC 95%: 3,25 a 29,54). Cistitis recurrents: 38,9%. Recurrències: Homes(28,6%), dones(40,7%). (OR: 1,72; p = 0,4. IC 95%: 0,5 a 5,95). Regressió edat recurrències: Coeficient beta = 13,43 (p > 0,006; IC 95%: 3,96 a 22,9). Incontinència urinària: 34,7%. Incontinència: Homes (57,1%), dones (30,9%). (OR: 0,33; p = 0,06. IC 95%: 0,11 a 1,07). Regressió edat incontinència: Coeficient beta = 34,6 (p > 0,001; IC 95%: 27,43 a 41,76). Antibiòtics: Fosfomicina trometamol (63,2%), quinolones (22,1%), cefalosporines (9,5%), amoxicil·lina/clavulànic (4,2%), nitrofurantoïna (1,1%). Antibiòtics homes: Fosfomicina trometamol (14,29%), quinolones (57,1%), cefalosporines (14,29%), amoxicil·lina/clavulànic (4,2%). Regressió logística homes (referència fosfomicina trometamol): Quinolones (OR = 17,85; p = 0,001. IC 95%: 3,39 a 94,06). Cefalosporines (OR = 8,28; p = 0,05. IC 95%: 1 a 68,41). Amoxicil·lina/àcid clavulànic (OR = 29; p = 0,006. IC 95%: 2,59 a 324,25). Antibiòtics dones: Fosfomicina trometamol (71,6%), quinolones (16,1%), cefalosporines (8,6%), amoxicil·lina/clavulànic (2,5%), nitrofurantoïna (1,2%). Regressió logística dones (referència fosfomicina trometamol): Quinolones (OR = 0,05; p = 0,001. IC 95%: 0,01 a 0,29). Cefalosporines (OR = 0,12; p = 0,05. IC 95%: 0,01 a 0.99). Amoxicil·lina/àcid clavulànic (OR = 0,03; p = 0,006. IC 95%: 0,003 a 0,39). Nitrofurantoïna (OR = 1). Regressió edat antibiòtics. Referència edat mitjana fosfomicina trometamol: 61,1 anys. Quinolones (coeficient beta = 9,34; p = 0,11. IC 95%: -2,35 a 21,04). Cefalosporines (coeficient beta = 10,47; p = 0,2. IC 95%: -6,02 a 26,95). Amoxicil·lina/àcid clavulànic (coeficient beta = -3,08; p = 0,7. IC 95%: -26,9 a 20,74). Nitrofurantoïna (coeficient beta = -33,08; p = 0,1. IC 95%: -79,6 a 13,44).

Discussió: En el perfil global de pacient amb ITU predominen les dones, amb un ampli rang d'edat. Al analitzar les dades veiem que les dones amb ITU no complicades presenten més recurrències, menys incontinència urinària (sense significació estadística) i en la seva prescripció d'antibiòtics predominen sobretot la fosfomicina trometamol; mentre que en els homes predominen les quinolones (amb significació estadística). Aquestes dades coincideixen amb les recomanacions de les guies de pràctica clínica. Quan s'incrementa l'edat observem una major presència de recurrències i d'incontinència urinària (amb significació estadística), i una major prescripció de cefalosporines i quinolones (sense significació estadística).

Open Acces creative commons

Artritis gotosa i nefropatia

Blanca Durán Cifuentes
Gemma Falcó Faydella
Adrián Estévez Bello

Contacte:
adrianesbe@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5723

Àmbit del cas: Atenció Primària, atenció hospitalària.

Motiu de consulta: Poliartràlgies de mans, colzes i turmells, acompanyades d'edema i eritema.

Història clínica: Antecedents. Al·lèrgies no conegudes. Exfumador, exenolisme greu. Hiperuricèmia amb episodis de gota sense tractament previ. Èxitus d'un germà per nefropatia.

Malaltia actual: Pacient de 40 anys natural del Salvador. Ha arribat recentment al nostre país. Consulta per clínica de poliartràlgies de dos anys d'evolució que ha tractat esporàdicament amb corticoesteroides orals sense recomanació mèdica.

Exploració física: Tensió arterial de 133/93 mmHg, deformitat de l'articulació metacarpofalàngica del primer dit, inflamació i tumefacció de la interfalàngica proximal del tercer dit de la mà i del colze esquerre. Palpació dolorosa de la primera articulació metatarsofalàngica bilateral.

Exploracions complementàries: Analítica. Velocitat de sedimentació globular (VSG): 36 mm/h. PCR: 66,10 mg/dl. Creatinina: 2,76 mg/dl. Urea: 58 mg/dl. Filtració glomerular: 27 ml/min/1,73 m2. Urat: 12,3 mg/dl. Autoimmunitat i serologies negatives. Identificació de problemes. Poliartropatia amb reactants de fase aguda. Hiperuricèmia. Insuficiència renal.

Evolució: Derivació a nefrologia. S'orienta com a insuficiència renal crònica en estadi IV, amb proteïnúria. Analítica: Acidosi metabòlica, immunoglobulina A elevada, proteïnúria 2,4 g/24 h. Ecografia: Atròfia i pèrdua de diferenciació corticosinusal renal bilateral que contraindica la biòpsia. Derivació a reumatologia: L'ecografia de peus i mans mostra signes inflamatoris. En la punció del colze esquerre s'obtenen cristalls d'àcid úric que confirmen la presència de tofus i el diagnòstic d'artritis gotosa. S'inicia tractament amb colquicina i Adenuric®.

Conclusions: La hiperuricèmia pot produir artritis gotosa aguda, gota tofàcia, nefrolitiasi úrica, nefropatia aguda secundària per dipòsit de cristalls intratubulars i nefropatia crònica per cristalls d'urat a l'interstici medul·lar, que provoca fibrosi intersticial. Generalment, la hiperuricèmia té un comportament benigne i respon favorablement al tractament, per això és molt important fer una detecció precoç i un tractament preventiu per evitar la seva complicació més greu: La nefropatia úrica.

Riscos de la prevenció primària des de l'Atenció Primària

Montserrat Beà Bernaus
Clara Beatriz Díaz San José
Carlota Ciudad Álvarez

Contacte:
carlota.cial@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5724

Motiu de la consulta: Pacient que consulta perquè el seu fill de 48 anys ha patit un infart agut de miocardi. Està preocupada per si a ella li pot passar el mateix.

Història clínica: Dona de 77 anys sense factors de risc cardiovascular amb antecedent familiar de cardiopatia isquèmica precoç. Exploració física anodina; 53 kg; índex de massa corporal (IMC) de 23; tensió arterial de 150/70 mmHg. Analítica de sang (AS): Glucosa, 124,2 mg/dl; funció renal preservada; colesterol total, 283 mg/dl, lipoproteïnes d'alta densitat (HDL), 61,1 mg/dl, i de baixa (LDL), 187,7 mg/dl; gammaglutamil-transferasa (GGT) 42 U/l. Valor de REGICOR no calculable per l'edat.

Identificació problemes: Maneig dels lípids com a factor de risc cardiovascular en prevenció primària i pacient amb risc coronari baix.

Tractament: Iniciem simvastatina 20 mg. AS 6 mesos després: Glucosa, 124,2 mg/dl; hemoglobina glicosilada (HbA1c), 6%; colesterol total, 240,7 mg/dl, i LDL, 153,6 mg/dl. Augmentem simvastatina a 40 mg. La pacient reconsulta per ansietat i insomni, que associa al tractament amb estatines. Reduïm la simvastatina a 20 mg. AS 5 mesos després: Glucosa, 160,2 mg/dl; HbA1c, 5,8%; colesterol total, 205,9 mg/dl; LDL, 115,7 mg/dl; bilirubina total (BT), 24 µmol/l; alanina aminotransferasa, 17 U/l, i GGT, 22 U/l. S'orienta com hiperglicèmia i disfunció hepàtica secundària a estatines. Retirem la simvastatina.

Evolució: En retirar la simvastatina s'evidencia disminució de la glicèmia(113,4 mg/dl), augment de colesterol (total de 291,8 mg/dl i LDL de 206,7 mg/dl) i recuperació hepàtica (BT de 20 µmol/l, ALT de 14 U/l i GGT de 25 U/l). Amb ecografia d'abdomen normal. La pacient va presentar un pes estable en tot aquest procés. Reconduïm l'abordatge i el centrem en els estils de vida. L'avaluació dels factor de risc cardiovascular destaca els ingressos baixos i detectem que el fill de la pacient no ha acudit a consulta.

Conclusions: Estatines: Fàrmacs segurs però provoquen múltiples efectes secundaris. Principis de la prevenció primària des de l'AP. Intervenir en els estils de vida. Avaluar factors de risc. Reconèixer interessos de mercat. Activar polítiques sanitàries. Riscos de la prevenció primària des de l'AP. Medicalitzar. Augmentar desigualtats en salut.

Open Acces creative commons

Montserrat Beà Bernaus
Enith Isabel Salgado Baldovino
Carlota Ciudad Álvarez

Contacte:
carlota.cial@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5725

Demència, depressió postictus i delírium, una tríada difícil

Motiu consulta: Dona de 84 anys acompanyada pel seu fill que consulta per desorientació.

Història clínica: Enfocament individual: Ictus isquèmic als 78 anys amb hemiparèsia esquerra residual; diabetis mellitus de tipus 2 (DM2; insulina); hipertensió arterial (hidroclorotiazida, bisoprolol, losartan); incontinència urinària; dèficit de vitamina B12; depressió postictus amb símptomes moderats-greus de difícil maneig (trazodona); deteriorament cognitiu lleu de recent diagnòstic, i hiponatrèmia secundària a furosemida l'any 2017.

Anamnesi: Presenta somnolència, desorientació i al·lucinacions visuals de 48 hores d'evolució, sense febre ni símptomes de sobreinfecció. Inici de tractament amb venlafaxina fa 10 dies.

Exploració: Normotensa, afebril, freqüència cardíaca de 56 ppm, $SatO_2$ del 96%, glicèmia 106 mg/dl. Tira d'orina negativa. Auscultació cardiorespiratòria sense alteracions; abdomen anodí; conscient, desorientada en temps i espai, pupil·les isocòriques i normoreactives, hemiparèsia residual esquerra, signes meningis negatius.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: Síndrome confusional aguda, delírium hipoactiu secundari a infecció, psicofàrmacs, dèficit de vitamina B12, hiponatrèmia o deshidratació.

Proves complementàries: Des d'urgències hospitalàries. Tomografia axial computada cranial: Seqüeles d'accident vascular cerebral antic i canvis hipoxicoisquèmics crònics. Radiografia de tòrax sense alteracions. Sediment d'orina negatiu. Analítica de sang: Leucòcits, 14,5 (N 78%); hemoglobina, 117 g/l; hematòcrit (HTO), 34%; glucosa, 344 mg/dl; filtració glomerular (FG) 53 ml/min; Na, 128 mmol/l; K, 4,2 mmol/l, i PCR 1,97 mg/l.

Evolució: S'orienta com a delírium secundari a hiponatrèmia en un context de venlafaxina i hidroclorotiazida. S'ingressa per a reposició dels ions i presenta resolució de la clínica. Es donada d'alta amb retirada de tiazida i venlafaxina, pauta d'amlodipina i quetiapina de rescat.

Conclusions: Les alteracions psicopatològiques postictus son freqüents i de difícil maneig. El delírium és una entitat clínica; per a l'aproximació diagnòstica cal emfatitzar l'anamnesi, els fàrmacs i l'exploració física. Un dels efectes secundaris dels antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS) i de la recaptació de la serotonina i la noradrenalina (IRSN) es la hiponatrèmia. Factors de risc: Edat avançada, ús de diürètics i nivells baixos de sodi.

Anna Escalé Besa
Anna Ruiz Comellas
Àngels Casaldàliga Solà

Contacte:
angelscsola@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5726

Vòmits incoercibles. La importància de l'anamnesi a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Noi de 26 anys. Visita d'urgències a domicili, un dilluns al matí, per vòmits incoercibles de 6 hores d'evolució. Sense diarrea ni febre.

Enfocament individual: Sense antecedents personals d'interès. Consum crònic de cànnabis des de fa 5 anys (2 THC/dia) i més intens els caps de setmana. Tensió arterial de 107/65 mmHg, freqüència cardíaca de 68 ppm i temperatura de 36,5 ºC. Conscient i orientat, signes lleus de deshidratació mucocutània. Abdomen tou i depressible, molèsties en la palpació de l'epigastri i sense signes peritonítics. La resta normal. D'entrada no es consideren proves complementàries.

Enfocament sociofamiliar: Conviu en un pis d'estudiants i destaca l'olor de cànnabis en l'ambient.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: Descartats els signes d'alarma, excepte una lleu deshidratació, es fa el diagnòstic diferencial amb patologia digestiva (gastroenteritis aguda, malaltia pancreatobiliar, pseudoobstrucció o obstrucció intestinal, apendicitis aguda), endocrinopaties (malaltia d'Addison, feocromocitoma, diabetis mellitus i porfíria) i trastorns de la conducta alimentària. S'orienta com a vòmits relacionat amb el consum crònic de cànnabis.

Tractament i plans d'actuació: S'administra antiemètic intramuscular i s'indica al pacient realitzar dutxes d'aigua calenta. Quan hagi cop recuperat la tolerància oral, cal iniciar sèrum hiposòdic.

Evolució: Millora simptomàtica. S'espaien els vòmits i s'inicia la tolerància oral en el control telefònic 3 hores després. Resolució del quadre a les 24 hores, es manté l'abstinència al cànnabis.

Conclusions: La síndrome d'hiperemesi cannabinoide va ser descrita el 2004 en consumidors crònics de THC. Es tracta d'un efecte paradoxal, ja que els cannabinoides es poden utilitzar per al control de nàusees per quimioteràpia, però a dosis altes poden ser proemètics. Es caracteritza per episodis recurrents de nàusees, vòmits i dolor abdominal de predomini matinal. Milloren amb dutxes d'aigua calenta. La simptomatologia desapareix al deixar de consumir. Una bona anamnesi és important per diagnosticar aquesta patologia i evitar exploracions complementàries innecessàries.

Open Acces creative commons

Tos seca, un símptoma trivial?

Ana Isabel Posa Santamaría
María Bañó Padín

Contacte:
mariabano88@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5727

Ámbito del caso: Atención Primaria, ámbito hospitalario.

Hombre de 33 años, natural de Italia, fumador de 15-20 cigarrillos/día de larga evolución, tres episodios de uretritis gonocócica.

Consulta por tos seca persistente de 6-8 semanas de evolución, sin disnea, síndrome tóxico u otra clínica infecciosa asociada. En la exploración, eupneico al aire, auscultación pulmonar con leves crepitantes en la base derecha en la inspiración profunda, el resto es anodino. Se solicita radiografía de tórax: Se observa patrón intersticial seudomiliar bilateral y masa en lóbulo superior derecho (LSD).

Ante esta imagen se plantean como posibles diagnósticos la tuberculosis pulmonar con diseminación miliar o la neoplasia pulmonar. Reinterrogamos al paciente, que refiere practicar relaciones sexuales con hombres y desconoce su estado serológico actual.

Se deriva al hospital de referencia para la realización de serologías e inicio de circuito rápido de detección y tratamiento de masa pulmonar. Desde neumología se realiza un estudio mediante tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, broncoscopia con biopsia, analítica sanguínea, serologías y QuantiFERON®.

Analíticamente destacan las serologías negativas para VIH y QuantiFERON® negativo. En la TAC torácica destaca tumoración pulmonar de LSD de 4 cm, asociada a una extensa afectación nodulillar pulmonar miliar bilateral y extensa afectación adenopática mediastínica y supraclavicular bilateral. El resultado anatomopatológico de la muestra biopsiada confirma adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello. Se detecta receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) mutado. El estudio de extensión mediante tomografía por emisión de positrones (PET)-TAC y resonancia magnética cerebral descarta diseminación metastásica a otros órganos.

El paciente inicia tratamiento con gefitinib y mantiene seguimiento por oncología médica.

Conclusiones: La tos es un motivo de consulta y un síntoma frecuente en el ámbito de la Atención Primaria. Es importante analizar sus características y tiempo de evolución de cara a realizar las pruebas complementarias cuando sean indicadas. De esta forma, seremos capaces de detectar de forma precoz patologías graves, incluso en pacientes jóvenes o con poca comorbilidad asociada.

Me duelen las piernas

Elisa Gabriela Pilataxi Izurieta

Contacte:
eli_gaby26@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5728

Pacient de 25 anys procedent d'Honduras, amb antecedents personals de conjuntivitis al·lèrgica, intervenció d'hèrnia inguinal, migranya clàssica. Medicació actual: Emadine 0,5 mg/ml, 2/24 h i naproxèn 550 mg/12 h.

MA: S'inicià dolor articular al turmell i als peus fa 3 setmanes i fa 2 a 3 dies que li pareixen progressivament plaques eritematoses a les extremitats inferiors, amb calor, rubor i edema. Astènia. Malestar general. Des d'aquesta nit s'ha iniciat febre, fins arribar als 38 ºC, es controla amb paracetamol. Dificultat per caminar i per aixecar-se. Ha pres Enantyum® per al dolor i fins ara el controlava. Exploració: Tensió arterial de 98/64 mmHg, fons d'ull normal, bon estat general i sense febre. A les extremitats presenta lesions compatibles amb eritema nodós a nivell pretibial bilateral, artritis bilateral de turmells i la resta normal.

Proves complementàries que s'inicien a l'Atenció Primària: 23 de maig de 2019: Neutròfils, 92,8; glucosa, 202; gammaglutamil-transferasa (GGT), 63, i PCR, 9,50. 24 de maig de 2019: Velocitat de sedimentació globular (VSG), 62 mm/h; leucòcits, 15,31 (N 83,1%); fibrinogen, 764; GGT, 47, i electrocardiograma sense alteració. Radiografia: Adenopaties hilars bilaterals. Tomografia axial computada (TAC): Adenopaties mediastíniques amb sospita de sarcoïdosi. Enzim convertidor d'angiotensina, 50 UI/l. Broncoscòpia: Lleu inflamació crònica. Biòpsia cutània: Granuloma. El diagnòstic clínic es un repte per al metge de família. En aquest cas l'inici de la malaltia s'ha manifestat durant la fase granulomatosa i ha desenvolupat la síndrome de Löfgren, que és la presentació aguda de la sarcoïdosi i que es caracteritza per la tríada d'adenopatia hilar, eritema nodós i poliartràlgia o artritis amb o sense infiltració parenquimatosa o febre. La majoria dels pacients tenen una involució d'entre dos i cinc anys. No hem trobat cap factor de risc, com fibrosi en la radiografia de tòrax, lupus perni, quist ossi, cardiopatia, afectació del sistema nerviós o càlculs renals que indiquin que la patologia es cronificarà. Ha necessitat corticoides durant 3 mesos en pauta descendent i amb bona resposta.

Open Acces creative commons

Pacient amb pèrdua sobtada de temperatura i força a l'extremitat superior dreta

Eva Hernández Lázaro
Teresa Basora Gallisà
Enrique Sardaña Álvarez
Jorge Quer Ramiro
Rafael Albiol Lluís

Contacte:
ralbiol.tarte.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5730

Àmbit del cas: Atenció Primària i serveis d'urgències.

Motius de consulta: Dona de 63 anys que acut a urgències del seu metge de família per dolor toràcic, episodi de 40 minuts de duració de pèrdua total de força a l'extremitat superior dreta,formigueig, baixada brusca de temperatura i pèrdua sobtada de la palpació del pols radial a l'extremitat superior dreta. En uns minuts, la pacient es recupera espontàniament.

Història clínica: Antecedents personals: Fumadora, neoplàsia de mama l'any 1999, vasculopatia perifèrica. Exploració: Tensió arterial de 163/82 mmHg; freqüència cardíaca de 89 ppm; $SatO_2$ del 98%, i glicèmia capil·lar de 148. Bon estat general, ClO; hidratació i color normals. Pèrdua de temperatura brusca a l'extremitat superior dreta. Pèrdua de força i formigueig a l'extremitat superior dreta. Exploració neurològica: Sense altres focalitats neurològiques. Auscultació cardíaca: Tons rítmics. Auscultació respiratòria: Murmuri vesicular conservat.

Proves complementàries: Electrocardiograma: Ritme sinusal a 70 ppm. PR de 0,16, eix a 0o, QRS estret i sense alteracions agudes de la repolarització.

Judici clínic, diagnòstic diferencial i identificació de problemes: Accident isquèmic transitori, cardiopatia isquèmica, embòlia arterial, dissecció aòrtica.

Tractament i plans d'actuació: Derivació a l'hospital. Realització d'una angio-tomografia axial computada (angio-TAC): Dissecció aòrtica de tipus A. Troponina I en el plasma: 16 ng/l.

Evolució: Es tracta d'una pacient fumadora de 63 anys, sense història cardiològica prèvia. Ingressa a l'hospital amb dissecció aòrtica de tipus A amb afectació del tronc braquiocefàlic i que s'estén fins a les ilíaques. Intervenció quirúrgica emergent per dissecció aòrtica de tipus A de Standford, amb substitució d'aorta ascendent i crossa aòrtica.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família): Volem donar rellevància a la realització inicial d'una bona orientació del cas, ja que el diagnòstic diferencial hagués estat un accident isquèmic transitori i, si l'orientació diagnòstica no s'hagués fet correctament, amb una tomografia axial computada cranial no es podria concloure que existia una dissecció aòrtica. Això va afavorir una ràpida intervenció que va salvar la vida del pacient.

Experiència de participació en activitats comunitàries i cronicitat

Àngela Castellví Sampol
Inmaculada Coll Mas
Marta Ruiz Fernández
Adela Gejo Bartolomé
Isabel Márquez Aguedo
Mercedes Liras Garcia

Contacte:
padeslh@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5732

Introducció: D'un temps ençà es copsa la participació activa de la població tan en la presa de decisions com en la implementació d'actituds que afavoreixen els hàbits de millora i prevenció de la salut.

Objectius: Realitzar xerrades periòdiques dirigides a la comunitat. Determinar què i a qui volem informar. Oferir eines en el maneig, en circumstancies on tenim expertesa reconeguda.

Material i mètodes: Determinació de la població diana: Cuidadors de pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA). Fer un llistat d'aquells temes que podrien interessar els cuidadors. Escollir un tema o temes a tractar. Elaboració del material de formació. Proposar al servei d'Atenció Primària (SAP) la realització de xerrades informatives i posteriorment a l'ajuntament i a sectors socials representatius. Difusió en els diferents centres sanitaris, socials i culturals.

Resultats: L'any 2018 es van realitzar 3 xerrades: El dol. Com cuidar-se per cuidar. Què sabem de les demències? Va haver-hi poca participació per part de la ciutadania, a causa de la inexpertesa en la difusió de les activitats. Durant aquest any s'estan realitzant sis xerrades, dues per zona, sobre aquests temes: Pèrdues i dol. Nutrició en el pacient oncològic. Cuidem el cuidador.

Conclusions: S'ha de millorar la difusió per arribar a mes població. Participar en el grup de salut comunitària del nostre SAP ens aporta idees de com fer-ho.

Aplicabilitat: Els assistents van ser favorables a la continuació de la temàtica iniciada. La satisfacció dels assistents ens encoratja a seguir millorant.

Open Acces creative commons

Creando vínculos para la mejora de la salud internacional

Núria Serre-Delcor
Elena Sulleiro
Grupo De Trabajo Sobre Salud Internacional de Barcelona
Marta Maria Monclús González

Contacte:
marta.monclus@sanitatintegral.org

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5734

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud poblacional es mejor donde la Atención Primaria (AP) está mejor implantada. Para la Comisión Europea, el desafío actual es coordinar la AP y el ámbito hospitalario (AH), evitar la duplicidad de pruebas, mejorar la capacidad resolutiva en la AP y aumentar la eficiencia. Proyecto: El objetivo es describir el proceso de creación de una red de profesionales de AP que actúen como referentes en salud internacional y crear redes de comunicación entre AP y AH. El GSIB fue fundado en julio de 2017 y está integrado por especialistas en AP y medicina tropical-microbiología del AH. Está apoyado por los directivos de AP. Es una prueba piloto con intención de formar profesionales según las recomendaciones del consenso basadas en evidencias científicas actualizadas, establecer líneas de comunicación y apoyo entre ellos y poderlo extender a toda Cataluña. Los resultados hasta septiembre de 2019 han sido: Se constituyó el equipo de coordinación; se acordaron recomendaciones para enfermedades infecciosas (EI); se identificaron referentes de salud internacional en AP (en total, 60), incluida la pediatría, y en AH (en total, 8); se realizaron dos jornadas de formación con todas las figuras referentes y material de soporte con una evaluación posterior. Se establecieron nuevas líneas de comunicación informáticas que mejoren el contacto entre profesionales y la confidencialidad de la historia clínica. El futuro debe ser afianzar los nuevos canales de comunicación; realizar el estudio de coste-efectividad de los protocolos antiguos comparados con las nuevas recomendaciones en EI; definir las competencias de AP y de AH, y, si procede, ampliar la propuesta al resto de Cataluña. Reflexiones: El funcionamiento del grupo requiere acuerdos que satisfagan las expectativas y posibilidades de los distintos niveles sanitarios, con resultados a largo plazo; aun así, las experiencias previas demuestran que el intercambio de habilidades entre profesionales es prometedor. El referente voluntario requiere apoyo desde la gerencia y recursos. Esta estrategia deberá adaptarse a los diferentes escenarios y sistemas de salud.

Tertúlies literàries dialògiques al centre d'Atenció Primària: Una experiència pionera en salut que genera diàleg a la comunitat i ens uneix a la xarxa educativa del barri

Ester González Yagüe
Noemi de Miguel Llorente
Adelaida Morte Barrachina
María José Pardo Remesal

Contacte:
mjpardo.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5740

Objectius: Promoure la salutogènesi amb activitats conjuntes amb altres entitats del territori, basades en les capacitats i potencialitats dels individus. Millorar les habilitats emocionals, cognitives i socials dels participants, fent xarxa i creant vincles amb la comunitat. Potenciar la implicació de tots els professionals del centre en la salut comunitària mitjançant activitats pioneres.

Descripció: Els participants s'inscriuen al taulell del centre per recomanació dels professionals o per la difusió realitzada en altres activitats comunitàries o amb cartells. Es fan a la biblioteca del centre d'Atenció Primària (AP), setmanalment, en grups de 10-15, amb dos moderadors voluntaris de l'escola d'adults, que donen els torns de paraula i prioritat als que menys intervenen. El primer dia s'escull una obra de la literatura clàssica, que es lliura al taulell. Cada setmana es llegeix un capítol o un extracte pactat. En cada trobada es comenten les parts que més han agradat i per què. Es genera un diàleg i una reflexió conjunta.

Conclusions: Les tertúlies dialògiques tenen una ampli recorregut en l'àmbit de l'ensenyament, però són poques les experiències en el de la salut. Durant l'activitat, les capacitats dels participants no es posen en dubte. Es promou el diàleg igualitari i es genera la transformació del grup. La primera edició va tenir bona acollida per part de tothom i enguany se'n fa una de nova amb més participants. Els GIS implicats en el funcionament de l'activitat son reconeguts pels participants i per l'equip d'AP.

Aplicabilitat: Realitzar aquestes activitats als CAP ens apropa a la comunitat de manera inclusiva, millora la capacitat dels participants per escoltar els altres i crea coneixement amb el diàleg. Són necessaris recursos que tenim a l'abast: Es fan servir espais propis del centre i es promou el treball en xarxa amb la comunitat educativa del territori.

Open Acces creative commons

Infecció del tracte urinari no complicada. Com la tractem?

Carla Cabrera Suárez
Andrea Prados Martín
Nariman Chahboun el Messaoudi
Lluís Cuixart Costa
Pedro Ojea Comesaña

Contacte:
pedrojeacomesa@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5742

Objectiu: Avaluar el perfil de pacient i la prescripció antibiòtica dels pacients d'un centre d'Atenció Primària (CAP) amb una infecció de tracte urinari no complicada (ITU).

Metodologia: Estudi descriptiu transversal retrospectiu dels pacients diagnosticats d'ITU durant el primer trimestre de 2019 en un CAP urbà, a partir d'una mostra aleatoritzada. Anàlisis estadístiques a partir de models de regressió lineal (variables quantitatives i categòriques) i de regressió logística (variables categòriques amb càlcul d'odds ratio [OR]).

Resultats: Univers: 95 pacients. Edat mitjana: 63,7 (SD: 23,5). Rang: 20-103. Dones: 85,3% (cap gestant). Al·lèrgies als antibiòtics: 8,42%; a la penicil·lina (7 casos) i a les sulfamides (1 cas). Antibiòtics: Fosfomicina trometamol (63,2%), quinolones (22,1%), cefalosporines (9,5%), amoxicil·lina/clavulànic (4,2%) i nitrofurantoïna (1,1%). Incontinència urinària: 34,7%. Antibiòtics per a la incontinència urinària: Fosfomicina trometamol (57,6%), quinolones (24,2%), cefalosporines (15,1%), amoxicil·lina/clavulànic (3%). Test de χ^2 de Pearson: 2,7 (p = 0,6). Regressió d'antibiòtics per a la incontinència (referència fosfomicina trometamol): Cefalosporines (OR: 2,7; p = 0,2. IC 95%: 0,65 a 11.19), quinolones (OR: 1,3; p = 0,5. IC 95%: 0,47 a 3,74), amoxicil·lina/clavulànic (OR: 0,72; p = 0,8. IC 95%: 0,07 a 7,37). Cistitis recurrents: 38,9%. Antibiòtics: 1 episodi d'ITU previ a la recurrència: Fosfomicina trometamol (75,7%), quinolones (16,2%), cefalosporines (8,1%). Test de χ^2 de Pearson: 5,7 (p = 0,2). Regressió d'antibiòtics 1 episodi d'ITU previ a la recurrència (referència fosfomicina trometamol): Cefalosporines (OR: 0,5; p =0,45. IC 95%: 0,13 a 2,49), quinolones (OR: 0,5; p = 0,1. IC 95%: 0,15 a 1,34). Antibiòtics en recurrències: Quinolones (45,7%), fosfomicina trometamol (28,6%), cefalosporines (17,1%), amoxicil·lina/clavulànic (5,7%)i nitrofurantoïna(2,9%). Estudi de la concordança d'antibiòtics 1 episodi comparats amb antibiòtics en recurrències: 45,7% (valor Kappa = 0,21 (p = 0,01. IC 95%: 0,04 a 0,4).

Discussió: Les ITU són un motiu de consulta molt freqüent a l'Atenció Primària. El perfil de pacient predominant són dones amb un ampli rang d'edat. Existeix un major risc d'ITU en pacients amb incontinència. Els antibiòtics més prescrits són la fosfomicina trometamol, tal i com aconsellen les guies de pràctica clínica, seguit de les quinolones, les cefalosporines i l'amoxicil·lina/àcid clavulànic. En els pacients amb incontinència hi ha una major prescripció de cefalosporines i d'amoxicil·lina/àcid clavulànic (sense significació estadística). Aproximadament un terç dels pacients pateixen recurrències, que són més freqüents en pacients tractats inicialment amb fosfomicina trometamol. En l'estudi dels antibiòtics utilitzats en les recurrències s'observa que en quasi la meitat de casos s'utilitza el mateix antibiòtic, a més a més, es constata un augment de la utilització de quinolones, cefalosporines i amoxicil·lina/àcid clavulànic (amb significació estadística).

Tenim bon ull per diagnosticar una patologia cutània?

Montserrat Vergara Alert
Òscar Peral Alonso
Rosa María Martínez Abella
Francisco José Luque Mellado
Lucía Gallego Álvarez
Francisco Collado Sánchez

Contacte:
montserratvergara.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5746

Introducció: El servei de cirurgia menor del centre funciona des del mes d'octubre de 2012. Els professionals sanitaris del centre deriven en funció d'un protocol consensuat amb l'equip i amb els especialistes hospitalaris de la zona (tipus, grandària i localització de la lesió). La consulta de cirurgia menor té una freqüència setmanal.

Objectius: Avaluar la correlació clinicoanatomopatològica de les mostres per biòpsia obtingudes durant l'any 2018 i fins al juny del 2019.

Metodologia: Tipus d'estudi: Descriptiu retrospectiu. Àmbit d'estudi: Centre de salut urbà Subjectes: Pacients a qui s'ha realitzat una biòpsia en el servei de cirurgia menor del centre. Mesures i intervencions: Per obtenir les variables, hem revisat les històries clíniques dels pacients a qui es va fer una biòpsia des del gener de 2018 fins al juny de 2019. Es va comparar la sospita diagnòstica amb el resultat d'anatomia patològica.

Resultats: En aquest període es van realitzar 339 intervencions. D'elles, 110 (32,44%) es van a enviar a anatomia patològica. Es compara (acord simple) el diagnòstic previ amb el diagnòstic anatomopatològic. Es van valorar els 5 diagnòstics clínics i clínico-patològics principals i es va construir una taula de contigència. Es va obtenir un coeficient kappa de 0,6899.

Discussió: Analitzats aquest resultats i comparant-los amb altres treballs semblants en l'àmbit de la cirurgia menor en Atenció Primària, podem dir que hi ha una bona correlació entre el diagnòstic clínic inicial y els resultats d'anatomia patològica. L'índex kappa de 0,6899 obtingut en l'anàlisi de la mostra confirma la bona correlació.

Open Acces creative commons

Habilitats, necessitats i preferències digitals de la gent gran relacionades amb la salut

Eva Xicola-Coromina
Pere Torán-Monserrat
Pilar Montero-Alía
Miguel Àngel Mayer-Pujadas
Maria Mataró-Serrat
Mercè Jiménez-González

Contacte:
pmonteroalia@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5747

Objectiu: Conèixer el grau d'habilitats, necessitats i preferències de recursos digitals relacionats amb la salut de la gent de més de 55 anys de la nostra comunitat.

Disseny: Qüestionari autoadministrat amb informació sociodemogràfica, ús de tecnologies i hàbits i estil de vida saludables (menú de respostes i escala tipus Likert). Durada: 10 minuts. Persones de més de 55 anys ateses a un centre d'Atenció Primària urbà. Es convidà a omplir el qüestionari als presents a la sala d'espera que complissin els criteris.

Resultats: Es recolliren 27 qüestionaris. Dones (60%), entre 61 -70 anys (70%) i jubilats (66%). Nivell d'educació secundària (37%), amb situacions de vida distribuïdes equitativament entre en família, parella i solitud, un 33% cada grup.

Ús de les tecnologies d ela informació: L'*smartphone* és l'eina més emprada (ús diari el 92%), després els ordinadors (ús diari el 48%) i les tauletes (ús diari el 5%). Usos: Comunicació (17%), imatges (16%) i correu electrònic (15%). Principals obstacles: Manques de coneixements i habilitats (36%), de metodologia d'ensenyament adaptada (19%), de recolzament (13%) i de confiança (13%).

Salut: Percepció de la qualitat de vida bona (68%), autònoms (87%) i es reuneixen amb amics i familiars regularment (40%). Només el 36% estan satisfets amb les seves habilitats mentals i només el 26% fa esport regularment.

Preferències: Aplicacions amb informació sobre malalties i prevenció (41%), sobre nutrició (25%), esport (22%) i sobre socialització (8%). Una persona interessada en aplicacions de meditació. Només el 14% sap què és un hackató. Amb el desenvolupament innovador de sistemes de health es genera també la necessitat de reforçar els processos d'alfabetització i empoderament perquè les persones puguin fer front amb més seguretat a la seva vida digital, i amb la màxima competència. Conèixer les seves necessitats i preferències és el primer pas per dissenyar programes d'ensenyament més adaptats a aquesta població. Caldria augmentar la mostra per garantir més representació de la població.

Finançament: EIT Health.

Sarcoïdosi pulmonar al centre d'Atenció Primària

Zully Amaya Carrera
Joana Andreu Mondon

Contacte:
joana.andreu.m@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5749

Dona de 32 anys que consulta al centre d'Atenció Primària (CAP) per dispnea de moderats esforços, tos seca sobretot nocturna i astènia de 3 setmanes d'evolució. Nega febre termometrada. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents d'interès. Fumadora de 4 cigarretes/dia. Treballadora social.

Exploració física: Bon estat general, hidratació i color normals. $SatO_2$ del 98%. Orofaringe normal. Otoscòpia bilateral amb moc retrotimpànic. Respiratori: Murmuri vesicular conservat, sense sorolls afegits.

Proves complementàries: Electrocardiograma: Ritme sinusal, sense alteracions de la repolarització. Espirometria: Patró restrictiu. Durant la realització de la prova, tos abundant, tècnica correcta. Derivat proteic purificat (PPD): Negatiu. Radiografia de tòrax: Infiltrat alveolar intersticial micronodular bilateral, suggerent de disseminació miliar. Es decideix derivació al servei de pneumologia. Analítica general: Sense alteracions, elevació discreta de PCR. Tomografia axial computada (TAC) de tòrax: Les troballes descrites (adenopaties mediastíniques múltiples i opacitats apedaçades en vidre desllustrat en els camps mig i superior i amb múltiples micronòduls mal definits associats) suggereixen com a principal opció diagnòstica una sarcoïdosi alveolar i mediastínica en estadi II. Broncoscòpia: Inflamació lleu-moderada de la mucosa bronquial, sobretot a nivell de l'arbre bronquial esquerre. LAB: CD4/CD8 4,43. Broncoaspiració negativa negatiu per a cèl·lules malignes i bacil de Koch negatiu.

Diagnòstic diferencial: Tuberculosi, es descarta: PPD negatiu. Pneumònia, es descarta: Ni febre ni imatge radiològica de pneumònia. Neoplàsia pulmonar, es descarta amb la biòpsia negativa. Granulomatosi de Wegener, es descarta: Sense sinusitis; anticossos anti-citoplasma de neutròfils (ANCA) i velocitat de sedimentació globular (VSG) negatius, tampoc radiografia típica. Pneumonitis per hipersensibilitat, es descarta: Sense antecedent agent biològic, CD4/CD8 no <1. Sarcoïdosi pulmonar: Diagnòstic definitiu. Clínica característica: CD4/CD8 >3,5 i TAC amb imatge suggestiva. Inicia tractament amb Foster® + Ventolín® amb millora clínica. Actualment en seguiment per pneumologia.

Conclusions: A l'Atenció Primària tenim accés a poques proves diagnòstiques. En casos com aquest, només podem descartar les malalties més freqüents: Pneumònia, tuberculosi... El diagnòstic de sarcoïdosi pulmonar es fa a nivell hospitalari. Sempre hem de pensar en el possible diagnòstic de sarcoïdosi pulmonar a l'Atenció Primària, encara que sigui una malaltia poc freqüent.

Open Acces creative commons

Lesiones ulceradas en los genitales

Vanesa Mauri Vázquez
Montse Pinyol Martínez
Carles Martínez Querol

Contacte:
cmartinezq@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5750

Ámbito del caso: Centro de salud.

Motivo de consulta: Varón de 37 años con lesiones genitales y palmoplantares.

Historia clínica: Antecedentes personales: Gonorrea en 2015 y 2017, virus herpes zóster en mayo de 2019. Anamnesis: Varón con relaciones bisexuales y más de ocho parejas en el último año. Uso de preservativo en las relaciones genitales. Exploración física: Lesión ulcerada en glande y lesiones maculopapulares en glande, prepucio y base del pene. Pápulas con signos de descamación, lesiones en diana palmoplantares. Exploraciones complementarias: Serologías de sífilis, VIH, Mycoplasma, Chlamydia, virus de las hepatitis B y C, hemograma y perfil hepático. Enfoque familiar y comunitario: Se orienta a enfermedad de transmisión sexual (ETS) aguda y se deriva al Servicio de ETS del hospital de referencia. Orientación diagnóstica: Sífilis. Diagnóstico diferencial. Lesiones ulceradas: Sífilis, virus herpes simple, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, VIH. Tratamiento: Dosis única de 2,4 millones unidades de penicilina G benzatina intramuscular (IM).

Evolución: Ante la orientación diagnóstica de sífilis se administra tratamiento antibiótico IM en el CAP y se deriva de urgencia al servicio de ETS hospitalaria. Allí se realizan las serologías y el seguimiento. PCR en orina positivo para Mycoplasma genitalium. PCR en faringe positivo para Chlamydia trachomatis. 1/512 VDRL (sífilis) inmunoglobulina G y M positivas. VIH positivo, carga viral de 263.000 copias, CD4 145 y hemograma normal. Diagnóstico definitivo primoinfección por VIH y secundarismo sifilítico.

Conclusiones: El avance en el tratamiento del VIH ha generado la pérdida de consciencia de la enfermedad. Un tercio de las personas con VIH desconocen que son positivas. La OMS señala un millón de nuevos casos diarios de ETS Desde Atención Primaria debemos realizar campañas de educación sexual, solicitar serologías en pacientes sexualmente activos, concienciar del uso del preservativo en las relaciones sexuales genitales y orales, e incorporar el test de diagnóstico rápido para incrementar la capacidad resolutiva.

Monoartritis aguda de turmell d'etiologia microcristal·lina, a propòsit d'un cas

Cristina Domènech Tura
Meritxell Gabarró Busquets
Ester Cano Costa

Contacte:
estercanocosta@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5751

La monoartritis aguda es defineix com la presència de símptomes i signes de inflamació (calor, dolor, eritema, tumefacció i impotència funcional) localitzats en una sola articulació. Les causes més freqüents son l'artritis sèptica i les artritis microcristal·lines. Les monoartritis agudes requereixen una assistència inicial urgent amb l'objectiu de descartar un possible origen infecciós, ja que el retard diagnòstic i terapèutic pot comportar un dany articular irreversible. Un cop descartat l'origen infecciós s'ha de realitzar un diagnòstic etiològic acurat per poder aplicar el tractament adequat. El diagnòstic diferencial pot suposar, en alguns casos, un desafiament per al metge per les múltiples patologies que poden simular una monoartritis, com la patologia periarticular, la bursitis o la cel·lulitis, i per les múltiples causes d'una monoartritis.

Es presenta el cas d'un pacient de 66 anys sense antecedents patològics d'interès que acut a la consulta d'Atenció Primària per dolor i inflamació del turmell dret amb limitació funcional, sense febre, antecedent traumàtic ni lesió cutània associada. No ha millorat amb el tractament antibiòtic empíric pautat des del servei d'urgències. En l'exploració s'objectiva dolor, eritema, edema i augment de la temperatura local del turmell dret. S'orienta como una monoartritis aguda i davant l'absència de síndrome febril i l'evolució tòrpida amb el tractament antibiòtic es considera poc probable l'etiologia infecciosa. Posteriorment, en la revisió de les proves complementàries realitzades a l'àrea d'urgències s'observen signes radiològics de condrocalcinosi a l'articulació peroneoastragalina per la qual cosa s'orienta com a monoartritis aguda de turmell, d'etiologia microcristal·lina i s'instaura tractament amb colquicina, amb resolució del quadre.

L'objectiu d'aquest treball és reportar el cas d'una localització atípica de monoartritis aguda per condrocalcinosi i analitzar la importància del diagnòstic diferencial davant d'una monoartritis aguda.

Open Acces creative commons

Dolor toràcic. Com canvies amb l'edat!

Cristina Ramírez Maestre
Andrea Prados Martín
Neus Pérez Manyà
Francesc Moreno Ripoll
Lluís Cuixart Costa
Nariman Chahboun el Messaoudi

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5752

Avaluar la influència de l'edat en el dolor toràcic tenint en compte els antecedents personals, les alteracions electrocardiogràfiques, el diagnòstic de l'episodi i la seva derivació hospitalària.

Estudi descriptiu transversal i retrospectiu de tots els episodis de dolor toràcic visitats en un centre d'Atenció Primària urbà durant el primer semestre del 2019.

Univers: 96 pacients. Edat mitjana: 54,25 (SD:18,09). Rang: 16-86. Sexe: Homes: 53,13%. Les dones presenten una edat mitjana superior: 58,07 vs. 50,88 ($p = 0,05$; IC 95%: -0,05-14,42). Hipertensió arterial: Edat mitjana superior: 69,44 vs. 48,30 ($p < 0,005$; IC 95%: 14,18 a 28,1). Dislipèmia: Edat mitjana superior: 70,23 vs. 45,08 ($p < 0,005$. IC 95%: 19,48 a 30,81). Diabetis *mellitus*: Edat mitjana superior: 60,6 vs. 52,35 ($p < 0,005$; IC 95%: 6,78 a 29,72). Obesitat: Edat mitjana superior: 68,7 vs 52,57 ($p > 0,005$; IC 95%: 4,52 a 27,73). Enol: Edat mitjana superior: 59,28 vs 53,85 ($p = 0,45$; IC 95%: -8,7 a 19,56). Tabac: Una edat mitja inferior: 53,33 vs 54,42 ($p = 0,83$; IC 95%: -9,06 a 11,23). Els pacients sense cap antecedent cardiovascular presenten una edat mitjana inferior: 38,81 vs 64,36 ($p < 0,005$; IC 95%: 20,12 a 30,97133). L'edat mitjana varia en funció del diagnòstic final: Síndrome coronària aguda (SCA; 67,63), pericarditis (37,75), pneumotòrax (28), sobreinfecció respiratòria (76), ansietat (53,89) ($p = 0,01$). No van evidenciar-se diferències al sol·licitar l'eletrocardiograma (ECG) segons l'edat ($p = 0,85$), però els pacients amb l'ECG sense alteracions mostraven una edat mitjana més baixa respecte als que tenien alteracions de la repolarització: 51,03 vs 62,4 ($p = 0,07$). La regressió lineal mostra que al augmentar l'edat augmenta el risc de patir una sobreinfecció respiratòria respecte a la SCA ($p = 0,52$; IC 95%: -17,72 a 34,45) i disminueix el risc de patir una pericarditis ($p = 0,04$; IC 95%: -49,70 a -10,07), pneumotòrax ($p=0,02$; IC 95%: -75 a -4.18) o ansietat ($p = 0,038$; IC95%: -26,73 a -0,75). Diagnòstic final de l'episodi: SCA (11,46%), pericarditis (4.17%), pneumotòrax (1,04%), sobreinfecció respiratòria (2,8%), ansietat (18,75), altres (35,4%) i no consta (27,08%). L'edat mitjana dels pacients derivants a urgències va ser superior: 61,68 vs. 50,53 ($p = 0,003$; IC 95%: -18,6 a -3,68). El perfil, el diagnòstic i el pronòstic dels pacients amb dolor toràcic que es visiten en un CAP és molt divers. L'edat és el principal predictor. Presenten una edat superior, amb significació estadística, les dones, els hipertensos, els dislipidèmics, amb diabetis mellitus i els obesos. També presenten una edat superior els pacients amb pitjor pronòstic: Diagnòstic d'SCA i sobreinfecció respiratòria, amb xifres més elevades de derivació hospitalària.

I convertí el vi en aigua

Marta Serrarols Soldevila
Esther Campillo Casado
Cristina Barrera Duarte
Jessica López Regal
Carla Rita Cortez
Berta Muntadas Molet

Contacte:
bmuntadasm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5753

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Pacient que acut per control evolutiu de síndrome depressiva i deshabituació enòlica.

Història clínica: Home de 52 anys, sense antecedents d'interès, en control evolutiu de síndrome depressiva i deshabituació enòlica, tractat amb disulfiram i fluvoxamina. Refereix set incontrolable amb ingesta d'uns 6 l diaris d'aigua. No refereix polifàgia o pèrdua de pes. Sense altra simptomatologia destacable. Exploració física: Anodina. Analítica: Hemograma normal. Filtració glomerular >90 ml/min. Glucosa normal. Na, K i Ca normals. Osmolaritat de sèrum 277,20 mOsm/kg. Anàlisi d'orina de 24 h: Volum de 7,5 l; microalbuminuria, <3 mg/l; Na, 510 mEq/24; K, 156, 75 mEq/24 h; osmolaritat, 119 mOsm/kg i albúmina/creatinina 1,5 mg/g. Davant d'un pacient en deshabituació de l'alcohol i que refereix ingesta incontrolada d'importants quantitats d'aigua realitzem estudi per descartar causes de polidípsia secundàries, com ara diabetis mellitus, hipercalcèmia, alteracions iòniques, síndrome de la secreció inadequada de l'hormona antidiürètica (SIADH) i descartem també una causa farmacològica. La tomografia axial computada (TAC) cranial realitzada a salut mental descarta polidípsia primària orgànica. Els resultats analítics són compatibles amb potomania. Pla d'actuació: Pacient conegut per psiquiatria per trastorn depressiu, deshabituació enòlica i amb un risc important de suïcidi. Es comunica la situació actual i s'ajusta la medicació. Es realitzen controls periòdics. Evolució: L'evolució és regular amb escàs control dels impulsos i persistint la ingesta d'uns 7-8 l diaris. Finalment, donada una mala evolució, ingressa a unitat d'aguts. S'hi realitza analítica i TAC cranial, que són normals.

Conclusions: La potomania és un trastorn per control d'impulsos i consisteix en el desig impulsiu de beure grans quantitats de líquids. Pot comportar intoxicació per aigua, amb encefalopatia metabòlica, agitació, convulsions i coma. Psicosi, fàrmacs psicotròpics, diürètics, nicotina i síndrome d'abstinència enòlica són possibles causes i cofactors. Davant d'una polidípsia cal valorar el diagnòstic diferencial amb les possibles causes primàries i secundàries, i la potencial gravetat, per identificar els casos i realitzar un seguiment i tractament adequats des de l'AP.

Open Acces creative commons

Nagore Txertudi Uriona
Núria Arcusa Villacampa
Georgina Culubret Valls

Contacte:
ginaculubretvalls@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5754

Infraestimem el dolor toràcic?

Àmbit: Urgències hospitalàries i consulta del metge de família.

Motiu de consulta: Dona de 70 anys que acut a urgències per dolor toràcic.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents d'hipertensió arterial, dislipidèmia, asma bronquial i síndrome ansiosodepressiva reactiva a problemes familiars greus, controlada per psiquiatria fins fa 1 any, amb mal compliment de visites de seguiment. Tractament amb venlafaxina i clorazepat amb mala adherència. En l'últim mes, diverses consultes en el centre d'Atenció Primària (CAP) amb l'ànim decaigut, plor fàcil, astènia i dolors generalitzats. Es deriva novament a psiquiatria. Anamnesi: Dolor toràcic opressiu brusc irradiat al braç esquerre, espatlla i tòrax, amb malestar general i diaforesi. Acut asimptomàtica. Exploració física: Bon estat general i estable hemodinàmicament, sense dolor. Auscultació cardiopulmonar sense alteracions. Proves complementàries: Electrocardiograma, sense dolor: Ritme sinusal; freqüència cardíaca de 66 ppm, T negatives evolutives a la cara anterior. Analítica de sang: Corba de marcadors isquèmics positiva (troponines: 2.575 ng/l). Ecocardiograma: Hipocinèsia inferior basal i mitjana del ventricle esquerre; fracció d'ejecció del ventricle esquerre conservada. Coronariografia: Primera marginal amb placa no significativa proximal (30%).

Judici clínic: Inicialment, S'orienta com a dolor toràcic de component ansiosodepressiu, però se sol·liciten marcadors isquèmics i electrocardiograma. Aquest mostra infart agut de miocardi sense elevació de l'ST, en la classificació de Killip I, amb artèries coronàries sense plaques significatives.

Diagnòstic diferencial: Dolor toràcic per context ansiosodepressiu. Pericarditis. Tromboembolisme pulmonar. Cardiopatia isquèmica.

Tractament i plans d'actuació: Ingrés a cardiologia i seguiment per psiquiatria.

Evolució: Durant l'ingrés mostra una bona evolució clínica. Alta hospitalària amb tractament mèdic. Actualment es troba pendent de ressonància magnètica cardíaca per filiar l'etiologia i de seguiment amb psiquiatria per reintroduir medicació.

Conclusions: S'orienta com a entitat d'infart agut de miocardi sense malaltia coronària ateroesclerótica obstructiva (MINOCA). Més d'un terç dels pacients simptomàtics no tenen malaltia coronaria obstructiva. Els mecanismes fisiopatològics són complicats i la mortalitat pot arribar a ser semblant a la de l'entitat amb les coronàries obstruïdes. No obstant això, un dolor toràcic, encara que no es tinguin factors de risc cardíacs, però sí factors estressants, pot ser d'origen cardíac.

Andrea Prados Martín
Neus Pérez Manyà
Cristina Ramírez Maestre
Lluís Cuixart Costa
Francesc Moreno Ripoll
Nariman Chahboun el Messaoudi

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5756

Dolor toràcic. Ets home o dona?

Objectiu: Avaluar com influeix el sexe en el dolor toràcic, a partir dels antecedents personals, les alteracions electrocardiogràfiques, el diagnòstic i les descompensacions.

Estudi descriptiu, transversal i retrospectiu de tots els episodis de dolor toràcic visitats en un centre d'Atenció Primària (CAP) urbà durant el primer semestre del 2019. Univers: 96 pacients. Edat mitjana: 54,25 (SD: 18,09) anys. Rang: 16-86 anys. Sexe: Homes el 53,13%. Les dones presenten una edat mitjana superior: 58,07 vs. 50,88 (p = 0,05. IC 95%: -.05 a 14.42). La probabilitat d'hipertensió arterial (HTA) és 1,32 vegades superior entre les dones (odds ratio [OR]: 1,32; p = 0,5. IC 95%: 0,54 a 3,22). Entre les dones hi ha una proporció d'HTA 1,22 vegades superior (risc relatiu [RR]: 1,22. IC 95%: 43 a 1,55). La probabilitat de dislipidèmia és superior entre les dones (OR: 1,92; p = 0,1. IC 95%: 0,22 a 1,21. RR: 1,51. IC 95%: 0,38 a 1,1). La probabilitat de diabetis mellitus és superior entre les dones (OR: 1,14; p = 0,8. IC 95%: 0,23 a 3,22. RR: 1,13. IC 95%: 0,27 a 2,85). La probabilitat de tabac és superior entre els homes (OR: 1,95; p = 0,26. IC 95%: 0,61 a 6,21. RR:1,76. IC 95%: 0,65 a 4.77). La probabilitat d'enolisme és superior entre els homes (OR: 1,19; p = 0,82. IC 95%: 0,25 a 5,63. RR: 1,19: IC 95%: 0,27 a 4,98). La probabilitat de realitzar un electrocardiograma és superior entre els homes (OR: 1,1; p = 0,82. IC 95%: 0,34 a 3,83), també és més probable l'elevació d'ST (OR: 1,15; p = 0,8. IC 95%: 0,27 a 28,53), però ho és menys la disminució d'ST/T negatives (OR: 0,46; p = 0,5. IC 95%: 0,04 a 5,44). No existeixen diferències en les descompensacions hemodinàmiques (p = 0,84) ni en les derivacions a urgències (p = 0,66). Malgrat que els homes presenten més SCA i les dones més ansietat, aquestes diferencies no són significatives (p =0,33). El perfil de pacient que acut al CAP amb dolor toràcic no mostra diferències en relació amb el sexe. Les dones presentaven una edat superior (al límit de la significació estadística), major probabilitat de patir hipertensió arterial, dislipidèmia, diabetis mellitus i obesitat, però menor probabilitat de tabaquisme i enolisme (sense significació estadística). Tampoc s'han observat diferències en el resultats de les proves complementàries (major risc d'ascens de l'ST en els homes) ni en el diagnòstic (major risc d'SCA en homes, sense significació estadística).

Open Acces creative commons

Unitats d'atenció a la cronicitat a domicili, un repte per a l'Atenció Primària

Patrícia Redondo Ruiz
Marta Fornós Miguel
Rosa Maria Milà Gatell
Anna Champer Blasco

Contacte:
annachamper@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5758

El creixent envelliment de la població i l'augment de la fragilitat, dels trastorns crònics i de les discapacitats són un repte per a l'AP i implica la transformació de l'organització dels seus equips.

El nostre objectiu és donar assistència domiciliària (independentment de l'edat, problemes de salut o condició social) de forma integrada i centrada en la persona. Ho fa un equip multidisciplinari (medicina de família, infermeria, treball social, gestió i serveis). Potenciem l'autonomia, la cura d'un mateix i la corresponsabilitat, amb accions proactives que mantenen la salut per evitar les descompensacions i els ingressos hospitalaris. Això s'aconsegueix amb la homogeneïtzació del criteri professional i la millora de l'accessibilitat (visita en un màxim de 48 h). Fem l'atenció a la llar des que apareix la fragilitat fins al final de vida, si així es desitja. Fem el registre necessari i elaborem un pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) de qualitat.

La població diana és aquella que es troba confinada al seu domicili particular. Amb data de setembre del 2019 eren 279 persones, de les quals l'11,47% eren fràgils, el 75,27% pacients crònics complexos (PCC) i el 13,2% amb malaltia crònica avançada (MACA). En total, un 21,9% eren d'alta complexitat.

Els usuaris es capten preferentment per la demanda del pacient o de familiars, mitjançant altres professionals de l'equip o en les visites domiciliàries agudes.

Comparant el nombre d'ingressos de tot l'any 2017 (inici del servei el mes de juny) amb el total del 2018 (un any complet de funcionament), tant el nombre d'ingressos hospitalaris com les visites al servei d'urgències han disminuït de forma estadísticament significativa.

Hem iniciat estudis per valorar el grau de satisfacció dels pacients i les seves famílies.

Els reptes comporten canvis i aplicar-los depèn de la motivació i de l'esforç humà. Un cop aconseguit el canvi, quan el model demostra que és eficaç i té èxit, és necessari continuar evolucionant i reinventant-lo perquè esdevingui sostenible.

Efectivitat d'una intervenció educativa individual per a gent gran sobre l'ús dels dispositius de teràpia inhalatòria

Íngrid Vidiella Piñol
Montserrat Pinyol Martínez
Elisa Pérez García
Elena Páez Fernández
Encarnación García Ruiz
Adrián Díaz Castillo

Contacte:
epaez@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5759

Objectiu: Avaluar l'efectivitat d'una intervenció educativa individual d'infermeria sobre el maneig adequat dels dispositius de teràpia inhalatòria (TI) en pacients majors de 65 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Disseny: Estudi transversal observacional.

Àmbit: Centre d'Atenció Primària urbà.

Subjectes: Mostra de 30 pacients majors de 65 anys amb MPOC que utilitzen inhaladors amb una tècnica incorrecta. Es van citar individualment i se'ls va demanar una demostració de la tècnica inhalatòria habitual que feien servir amb els seus inhaladors, sense donar cap instrucció teòrica ni pràctica. Es corregien les maniobres errònies i es realitzava una formació individualitzada en la utilització del seu inhalador. Als tres mesos de realitzar la formació es tornaven a citar i es revisaven novament les diferents maniobres per comprovar si havien assimilat els coneixements.

Variables: Tècnica inhalatòria (es considera tècnica adequada quan es realitzen correctament totes les maniobres), variables sociodemogràfiques, nombre de dispositius, nombre de sistemes inhaladors diferents, haver rebut formació en l'ús del seu inhalador durant l'últim any, errors crítics. S'analitzaren les variables amb el paquet estadístic SPSS® Statistic 22.

Resultats: Del total, eren homes 27 (90%) i l'edat mitjana era de 76,7 ±7,05 anys; utilitzaven més d'un dispositiu diferent, 12 (40%); havien tingut exacerbacions l'últim any, 22 (73,3%); referien no haver rebut formació en l'ús del seu inhalador l'últim any, 17 (56,6%), i el 100% presentaven errors crítics. Del total, 23 (76,6%) van assistir a la visita de control als 3 mesos. Fins a 20 (86,9%) tenien una tècnica inhalatòria correcta i 2 (8,6%) presentaven errors crítics.

Conclusions: La majoria dels pacients que van rebre formació educativa individual d'infermeria havien millorat la tècnica inhalatòria i havien disminuït el nombre d'errors crítics.

Consta l'autorització del CEI corresponent amb el codi de protocol HCB/2019/0373.

Open Acces creative commons

Cristina Ramírez Maestre
Andrea Prados Martín
Neus Pérez Manyà
Francesc Moreno Ripoll
Lluís Cuixart Costa
Nariman Chahboun el Messaoudi

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5760

Construcció d'un model predictiu de la síndrome coronària aguda a partir dels antecedents patològics i el perfil clínic del pacient amb dolor toràcic

Objectiu: Determinar el millor model predictiu de la síndrome coronària aguda (SCA) a partir de les dades dels antecedents patològics i de la descripció del dolor toràcic dels pacients diagnosticats de dolor toràcic en un CAP urbà.

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal i retrospectiu de tots els episodis diagnosticats com a dolor toràcic, visitats en un centre d'Atenció Primària urbà durant el primer semestre del 2019.

Resultats: Univers de l'estudi: 96. Edat mitjana: 54,25 (SD:18,09). Rang: 16-86. Sexe: Homes en un 53,13%. Les dones presenten una edat mitjana més elevada: 58,07 vs 50,88 (p=0,05; IC 95%: -0.05 a 14.42). Antecedents patològics: Hipertensió arterial (HTA; 71,9%), dislipidèmia (36,5%), diabetis mellitus (10,4%), obesitat (10,4%), tabac (15,6%), alcohol (7,2%) i absència d'antecedents personals (39,6%).

Model predictiu d'antecedents patologics: Model predictiu màxim (9 predictors): Sexe, edat, HTA, dislipidèmia, diabetis mellitus, absència d'antecedents personals, alcohol i tabac. El millor model predictiu té 4 predictors (estimació a partir de 255 submodels): Edat, alcohol, tabac i absència d'antecedents personals. AIC: 59,3; BIC: 67,6; AUC: 0.689; sensibilitat: 18,2; especificitat: 97,9, i ajustament de Hosmer-Lemeshow: 0,3. Pèrdua respecte al model màxim: 0,2% (p = 0,94). Índex de reclassificació de capacitat predictiva del model IDI: 1,35% (p = 0,46). Model predictiu: Edat (odds ratio [OR]: 1,05; p = 0,1), enolisme (OR: 6,6; p = 0,05) i tabac (OR: 7,8; p = 0,3).

Model predictiu clinic: Model predictiu màxim (8 predictors): Temps, dolor, cronologia, desencadenants, atenuants, característiques, localització, irradiació i clínica acompanyant. Millor model predictiu, té 4 predictors (estimació a partir de 255 submodels i prioritzant el principi de parsimònia): Desencadenants, característiques, localització i clínica acompanyant. AIC: 36,3; BIC: 40,9; AUC: 0,633; sensibilitat: 37,5; especificitat: 86,7, i ajustament de Hosmer-Lemeshow: 0,9. Pèrdua respecte al model màxim: 29,7% (p = 0,07). Índex de reclassificació de capacitat predictiva del model IDI = 5,8% (p = 0,09). Model predictiu: Desencadenant exercici (OR: 2,86; p = 0,3) i clínica acompanyant vegetatisme (OR: 1,27; p = 0,25).

Discussió: Les OR obtingudes en el model predictiu dels antecedents patològics mostren que com més edat, consum d'alcohol i de tabac més alt és el risc d'SCA (OR > 1), sense significació estadística. En relació amb el model predictiu clínic, destaca que el dolor toràcic que es desencadena amb l'exercici i s'acompanya de vegetatisme incrementa el risc d'SCA.

Andrea Prados Martín
Neus Pérez Manyà
Cristina Ramírez Maestre
Lluís Cuixart Costa
Francesc Moreno Ripoll
Nariman Chahboun el Messaoudi

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5761

Doctor, em fa mal el pit! Perfil dels pacients amb dolor toràcic al centre d'Atenció Primària

Avaluar les característiques clíniques, antecedents personals, factors de risc, proves complementàries, diagnòstic i tractament dels pacients que acudeixen al centre d'Atenció Primària (CAP) amb dolor toràcic.

Estudi descriptiu, transversal i retrospectiu de tots els episodis de dolor toràcic visitats en un centre d'Atenció Primària urbà durant el primer semestre del 2019.

Univers: 96 pacients. Edat mitjana: 54,25 (SD: 18,09). Rang: 16-86. Sexe: Homes: 53,13%. Les dones presenten una edat mitjana superior: 58,07 vs. 50,88 (p = 0,05. IC 95%: -0,05 a 14,42). Antecedents patològics: Hipertensió arterial (HTA; 71,9%), dislipidèmia (36,5%), diabetis mellitus (10,4%), obesitat (10,4%), patologia oncològica (5,2%), tabac (15,6%), alcohol (7,2%). Antecedents de cardiopatia isquèmica prèvia: 6,3%. Antecedents familiars de cardiopatia isquèmica: 5,2%. Característiques del dolor. Duració: <20 min (21,9%), >20 min (64,6%), no consta (13,5%). Cronologia: Continu (37,5%), intermitent (45,8%), no consta (16,7%). Desencadenants: Repòs (22,9%), exercici (18,8%), ingesta (2%), estrès (5,2%), tos (3,1%), moviments toràcics (12,5%), altres (4,2%), cap (13,5%), no consta (17,7%). Atenuants: Antiinflamatoris no esteroidals (AINE; 3,1%), paracetamol (4,2%), nitrats (2,1%), omeprazole (12,5%), moviment (1%), altres (7,3%), cap (45,8%), no consta (24%). Característiques: Opressiu (46,8%), punxant (28,2%), urent (2%), altres (6,2%), no consta (16,7%). Intensitat (escala visual analògica [EVA]): Mitja: 6,3(SD: 1,97). No consta: 90%. Localització: Submamari dret (3,1%), submamari esquerre (20,8%), retroesternal (56,3%), altres (8,3%), no consta (11,5%). Irradiació: Sí (18,8%), no (51%), no consta(30,2%). Símptomes acompanyants: Dispnea (6,3%), febre (6,3%), refredat (5,2%), vegetatisme (10,4%), tos (7,3%), altres (10,4%), cap (43,8%), no consta (10,4%). Auscultació cardiorespiratòria normal: 84,4%. Es realitza electrocardiograma (ECG) en el 84,4%: Normal (64,5%), ascens ST (4,3%), descens d'ST (3,2%), altres (14%), no consta (14%). Inestabilitat hemodinàmica: 2,1%. Derivacions a urgències: 33,3%. Diagnòstic: SCA (11,5%), pericarditis (4,1%), pneumotòrax (1%), infecció respiratòria de les vies baixes (2,1%), ansietat (18,8%), altres(35,4%),no consta (27,1%). Tractaments: Analgèsia (22,9%), nitrats (7,3%), broncodilatadors (1%), antibiòtic (1%), inhibidors de la bomba de protons (1%), angioplàstia (2%), ansiolítics (5,2%), altres (19,8%), no consta (39,6%).

El dolor toràcic és una de les causes més freqüents de consulta mèdica a l'Atenció Primària i és una patologia potencialment greu. Per tant, és important discernir les característiques del dolor per identificar la malaltia greu, principalment les característiques suggestives de patologia isquèmica cardíaca. En el nostre cas veiem que el perfil de pacient que acut amb dolor toràcic és de mitjana edat, amb un mínim predomini masculí i que tenen com a principals factors de risc cardiovascular l'HTA i la dislipidèmia. Les característiques pròpies del dolor estan ben definides en la majoria dels casos, excepte la seva intensitat, que consta en pocs pacients. Predomina el dolor opressiu retroesternal no irradiat de més de 20 minuts, desencadenat en repòs, per exercici o per moviments toràcics. En quasi tots els casos es realitza un ECG, que majoritàriament no registra alteracions. Els diagnòstics més freqüents han estat SCA i ansietat.

Open Acces creative commons

María José Mondelo Mondelo
Jordi Mestres Lucero

Contacte:
jmestres@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5762

Ús segur del medicament en un equip d'Atenció Primària

Objectius de l'experiència: Millorar com a equip en l'ús segur del medicament, per tal d'evitar els errors de prescripció més freqüents en un centre d'Atenció Primària com ara duplicitats, interaccions potencialment greus i polimedicació, així com medicació evitable.

Descripció de l'experiència: Es crea un espai de col·laboració per a l'equip específic en ús segur del medicament i una cultura de la seguretat del medicament. Els apartats disponibles són: 1) alertes de seguretat actives de les autoritats competents, amb els llistats de pacients actius amb la prescripció implicada; 2) desproveïments de fàrmacs actius amb les notes de farmàcia del servei d'AP per disposar d'alternatives segures, i 39 indicadors de seguretat segons un acord de gestió: Polimedicació, duplicitats i alertes de seguretat clínica.

Conclusions: Durant els 3 primers mesos amb l'espai de col·laboració actiu hi ha hagut una millora en els resultats de les alertes de seguretat segons l'acord de gestió: 1) reducció en les duplicitats, 2) reducció significativa en les interaccions potencialment greus, i 3) reducció, tot i que amb marge de millora, encara, en la polimedicació.

Aplicabilitat: Treballar en la cultura de la seguretat en l'ús del medicament és aconsellable per a tots els equips d'AP. Tenir la informació disponible i accessible per al professional és la millor manera de treballar en el dia a dia de la consulta.

Pere Vivó Tristante
Camilo Castro Alvarado
Zulema Martí i Oltra

Contacte:
zuletska@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5763

La importància de mirar mentre explorem. Troballa casual de melanoma

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Història clínica: Hipertensió arterial, asma, vitiligen, insuficiència venosa crònica.

Motiu de consulta: Es tracta d'una pacient de 85 anys que acut per dispnea i tos. En l'auscultació s'objectiven sibilants espiratoris i roncus dispersos, compatibles amb bronquitis aguda. Mentre fem l'auscultació respiratòria, amb la pacient sense samarreta ni sostenidors, observem una lesió a l'esquena que no ens agrada i decidim utilitzar el dermatoscopi.

Dermatoscòpia: Màcula pigmentada asimètrica (en forma i coloració), de 6 mm de diàmetre, amb reticle pigmentat irregular i atípic. Li preguntem a la pacient si havia notat o vist aquesta lesió. Diu que abans no la tenia, però que tampoc sap des de quan la té, encara que diria que des de fa poc. Davant la sospita d'una possible lesió maligna (característiques de la lesió i l'aparició recent), es decideix remetre a la pacient de manera preferent a dermatologia La pacient és visitada per la dermatòloga 1 mes després. Es realitza biòpsia de la lesió.

Diagnòstic diferencial: Nevus atípic vs. melanoma maligne.

Resultats anatomia patològica: Melanoma in situ, marges lliures de lesió.

Tractament i plans d'actuació: Extirpació amb marges lliures de lesió.

Evolució: La ferida presenta bon aspecte i es van fent controls fins a la curació completa.

Conclusions: Els professionals d'Atenció Primària tenim un paper fonamental en la detecció precoç i proactiva del melanoma maligne. La dermatoscòpia és una eina imprescindible per a això, per la qual cosa en alguns casos la regla ABCDE no és útil. Amb entrenament previ, un observador poc experimentat por fer servir la dermatoscòpia. La regla dels tres punts de Soyer pot ser un algoritme d'aproximació diagnòstica molt útil.

Open Acces creative commons

Indicadors clínics. De la fiscalització a la cultura de la qualitat

Laia Viñals Munné
Susana Sevillano Cano
Olga Ruiz García
Jordi Mestres Lucero

Contacte:
jmestres@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5764

Objectius de l'experiència: Millorar com a equip en la cultura de la qualitat dels indicadors clínics i trencar amb la idea de fiscalització de la consulta en relació amb l'anomenat EQA (relatiu a l'entitat de certificació i verificació).

Descripció de l'experiència: Es crea un espai de col·laboració per a l'equip, específic per als indicadors clínics i de qualitat per a les patologies més prevalents en Atenció Primària. Trenquem amb la cultura de la fiscalització dels anomenats indicadors i passem a la cultura dels indicadors clínics de salut. Aquests indicadors s'agrupen segons les patologies més prevalents en Atenció Primària: 1. malaltia cardiovascular, 2. diabetis mellitus, 3. hipertensió arterial, 4. dislipidèmia, 5. patologia respiratòria crònica, 6. patologia aguda més prevalent, 7. vacunes i 8. atenció domiciliària, entre d'altres. S'especifiquen les dades rellevants de seguiment i bon control per a cada grup de patologies durant la consulta, i no com fins ara en el registre posterior.

Conclusions: Amb aquest canvi d'orientació hi ha hagut una millora en els resultats pel que fa als indicadors clínics de seguiment des de el primer mes de la seva implantació.

Aplicabilitat: El canvi de visió de l'orientació en el seguiment de l'activitat clínica és recomanable per reduir la sensació de fiscalització per part del professional. Poc a poc hom s'apropa a la cultura de la qualitat en el dia a dia de l'activitat i no només en episodis aïllats de registre manual de l'activitat.

Responsabilitat social corporativa. Comencem a reduir els nostres propis residus

María José García Robles
Susana Sevillano Cano
Esther Martínez del Estal
Jordi Mestres Lucero

Contacte:
jmestres@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5765

Objectius de l'experiència: Reduir els residus generats en les celebracions realitzades en el propi centre de treball, com ara dinars de Nadal, jubilacions, etc.

Descripció de l'experiència: A partir de les reflexions d'alguns treballadors del centre, es proposa minimitzar l'impacte mediambiental de les diferents celebracions que es realitzen al centre. Es fa, primer, una prova pilot, que coincideix amb la Setmana del Cor: Tindrà lloc un «dinar saludable», amb la única condició que cadascú porti el seu propi plat, got i coberts reutilitzables. Així mateix, els recipients utilitzats per transportar el menjar seran de tipus carmanyola.

Conclusions: Es produeix una reducció significativa dels residus totals generats: Es redueixen pràcticament un 90% els plàstics d'un sol ús. Els residus recollits són bàsicament paper i matèria orgànica. Aquests resultats animen l'equip a seguir amb altres mesures de responsabilitat social corporativa de tipus mediambiental. Els proper projectes intentaran una reducció del paper a les consultes.

Aplicabilitat: L'experiència és de fàcil aplicabilitat a qualsevol centre d'Atenció Primària i és molt recomanable per l'impacte sobre el medi ambient.

Open Acces creative commons

Kawtar el Korchy Ben Amar

Contacte:
kaw_14294@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5769

La púrpura desde Atención Primaria

Ámbito de caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Hombre de 75 años que acude a su centro de salud por la aparición de lesiones pigmentadas en la boca.

Antecedentes personales: Sin reacciones adversas a medicamentos. Hábitos tóxicos: Exfumador. Sin factores de riesgo cardiovascular. Sin tratamiento habitual. Situación basal: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja como albañil.

Enfermedad actual: Paciente acude por presentar lesiones pigmentadas y sangrado en la mucosa oral, y en otras partes del cuerpo. Sin fiebre. Niega hematuria u otro tipo de sangrado. Niega sufrir artromialgias ni alguna infección. Niega proceso catarral durante los días previos o una ingesta de comidas o bebidas fuera de lo habitual.

Exploración física: Frecuencia cardiaca, 108 ppm; temperatura, 36,5 ºC; tensión arterial, 165/87 mmHg. Buen estado general. Normohidratado y normocoloración de piel y mucosas. Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos sobreañadidos. Neurológica: No se observa focalidad neurológica. Lesiones purpúricas no palpables en extremidades, glúteos, y flictenas hemorrágicas en mucosa oral.

Exploraciones complementarias: Analítica: Plaquetas disminuidas (2.000 plaquetas), sin ninguna otra alteración. Factores de coagulación dentro de la normalidad. Velocidad de sedimentación globular (VSG), anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) y anticuerpos antinucleares (ANA) negativos. Función renal y hepática dentro de la normalidad. Analítica de orina normal. Ecografía abdominal: Estudio dentro de la normalidad, y se descarta esplenomegalia.

Diagnóstico diferencial: La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). La púrpura trombopénica trombótica (PTT).

Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica inmune.

Plan de actuación: Prednisona a razón de 1 mg/kg/d.

Evolución: Se observa un aumento de las plaquetas hasta 90.000. En ningún momento presenta sangrados externos.

Conclusión: La púrpuras pueden detectarse desde Atención Primaria. Es importante tener en cuenta que los síntomas y signos clínicos son muy variables. El riesgo de hemorragia es el principal problema.

Núria Montellà Jordana
Raúl González Rubio
Antía Fraga Fraga
Grup Colonap
Marc Bosch Fabregas
Eulàlia Borrell Thió

Contacte:
marcb1980@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5778

Causas de no participación en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal según el nivel socioeconómico

Objetivo: Conocer y comparar las causas de no participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (DPCCR) en dos poblaciones de nivel socioeconómico diferente.

Metodología: Estudio descriptivo en la población de dos zonas básicas de salud (ZBS-A, con índice Medea = 57, y ZBS-B, de bajo nivel socioeconómico, con índice Medea =100). Criterios de inclusión: Sujetos que no habían participado en la 14ª semana del programa de DPCCR (ZBS-A = 1.835; ZBS-B = 3.236) y que acudieron a las consultas de los profesionales sanitarios entre julio y septiembre de 2018. Reclutamiento mediante un muestreo oportunista según la predisposición del profesional y el tiempo de la consulta. Mediciones: Datos sociodemográficos y motivo de no participación recogido mediante encuesta (olvido, falta de tiempo, no dar importancia, dificultades con la carta de invitación al programa [no la recibieron, no la leyeron, no entendieron el contenido], miedo a los resultados, rehúsa la prueba, prueba ya solicitada por el médico de familia, desconocimiento de la farmacia, otros). Análisis: Cálculo de frecuencias absolutas y relativas, comparaciones mediante prueba. Aspectos éticos: Se solicitó consentimiento verbal y se anonimizaron los datos. Limitaciones: Muestra pequeña y no aleatoria.

Resultados: Se encuestaron 426 pacientes (ZBS-A = 97 y ZBS-B = 325). El 53% eran mujeres; edad media de 60 ± 6 años. No se hallaron diferencias significativas entre los ZBS en género, edad, ni entre los motivos de no participación. Los motivos principales fueron: 218, dificultades relacionadas con la carta (ZBS-A = 45,8% vs. ZBS-B = 53,5%), de los que 193 manifestaron no haberla recibido (ZBS-A = 95,5% vs. ZBS-B = 86,7%); no dieron importancia a la prueba, 61 (ZBS-A = 12,5% vs. ZBS-B = 15,1%), y rehuyeron la prueba 29 (ZBS-A = 5,2% vs. ZBS-B = 7,4%).

Conclusiones: A pesar de no hallarse diferencias significativas en los motivos de no participación en el programa DPCCR, los sujetos de la ZBS con menor nivel socioeconómico manifestaron más dificultades con la carta de invitación al programa.

Open Acces creative commons

Em fa mal la galta

María Ángeles Alguacil Rodríguez
Francesc Xavier Cantero Gómez
Carolina López López

Contacte:
carol_214@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5797

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Dolor i inflamació zona mandibular esquerra.

Història clínica: Enfocament individual: Antecedents personals: Dislipidèmia, diabetis mellitus tipus 2, dependència a la nicotina, hipertensió arterial, incontinència urinària d'urgència, obesitat, flebitis. Anamnesi: Dolor a la glàndula paròtida esquerra de 2 dies d'evolució, amb edema de la zona, d'aparició brusca. Sense febre ni cap altra simptomatologia acompanyant. Ha pres dues dosis d'amoxicil·lina/àcid clavulànic, sense millora dels símptomes. Exploració: Dolor, edema, calor i inflamació paròtida esquerra. Proves complementàries: Analítica de sang i mostra de saliva. Enfocament comunitari: Estudi de malaltia de declaració obligatòria. Judici clínic: Parotiditis aguda. Diagnòstic diferencial: Sialolitiasi, sialoadenitis, lupus eritematós sistèmic, síndrome de Sjögren, neoplàsia.

Tractament i pla d'actuació: Mantenim amoxicil·lina/àcid clavulànic, afegim mesures higienicodietètiques. Control clínic dos dies després. Es comunica el cas a la Unitat de Vigilància Epidemiològica, per la sospita d'una malaltia de declaració obligatòria. Evolució: PCR, 22,76; PCR de saliva, negatiu: Immunoglobulina M (IgM) de citomegalovirus, d'Epstein-Barr, de parotiditis i de parainfluença negatius. En el control 48 h després, la pacient es troba asimptomàtica.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: Cal mantenir l'actitud de sospita davant de malalties de declaració obligatòria, tot i que en el nostre cas no es va confirmar. Manegar la incertesa a l'Atenció Primària, entenent que no sempre arribem a un diagnòstic concloent. El fet de revisar aquest cas es ha fet plantejar que, tot i la resolució clínica, seria bo realitzar una ecografia per descartar sialolitiasi, així s'ha fet. La pacient ha donat permís per a la presentació del seu cas, tant amb un informe como amb les fotografies d'ella.

La importància dels programes d'activitats preventives i de promoció de la salut per al diagnòstic oportunista

Montserrat Pujiula Blanch
Cristina Barceló Bermejo
Marc Ribas Aulinas

Contacte:
marc.ribas@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5808

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Dolor al peu.

Història clínica: Enfocament individual: Home de 22 anys, natural de Gàmbia, viu a Catalunya des de fa 2 anys. No presenta antecedents mèdics d'interès. Realitza el primer contacte amb Atenció Primària perquè presenta únicament dolor al peu esquerre, de mesos d'evolució. Com a primera visita a Atenció Primària, fem història clínica personal i realitzem el Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut (PAPPS). Observem una tensió arterial de 177-118 mmHg al braç dret i de 173/130 mmHg al braç esquerre. Davant les troballes fem exploració física, on destaca un bon estat general i l'auscultació cardíaca amb tons rítmics sense bufs. Es realitza electrocardiograma que mostra una ona T negativa a V4-V6.

Judici clínic: Es tracta d'un possible cas d'hipertensió arterial secundària. Realitzem l'estudi i sol·licitem radiografia de tòrax i analítica urgent. Es programa el pacient per a ECOAP preferent.

Tractament i plans d'actuació: S'inicia medicació antihipertensiva amb lisinopril i amlodipina. Els resultats de l'analítica mostren una creatinina de 4 mg/dl i un filtrat glomerular de 16 ml/min. Ens posem en contacte amb el servei de nefrologia i s'acorda derivació del pacient a urgències per a valoració de proves complementàries.

Evolució: El pacient ingressa al servei de nefrologia per estudi. Finalment s'orienta com a insuficiència renal secundària a hipertensió arterial. Actualment, el pacient segueix controls i es portador d'una fístula arteriovenosa interna (FAVI) per si és necessari l'inici de diàlisi.

Conclusions: Els programes d'activitats preventives i de promoció de la salut són útils per a la detecció precoç d'hàbits o condicions que poden comportar el desenvolupament de malalties en la població. Aplicar-los en la nostra pràctica diària pot ajudar a millorar el resultats de salut de la nostra població.

Open Acces creative commons

Doctora, tinc febre i em fan mal les articulacions

Gabriela Ardila Mejía
Patricia Corzo García
Ana Isabel Jiménez Lozano

Contacte:
aijimenez.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5844

Dona de 71 anys que consulta a medicina de família per una febre de 38 ºC, de 10 dies d'evolució.

Segons l'anamnesi, aquesta febre s'acompanya de dolor i tumefacció articular (carps, metacarps i genolls), lesions cutànies a les extremitats inferiors i a la zona inguinal i rash generalitzat autoresolt. En l'exploració física s'objectiva púrpura palpable i s'observa sinovitis clínica de mans, genolls i turmells.

Com a patologies de base de la pacient coneixem: Esòfag de Barret, secundari a malaltia per reflux gastroesofàgic, i hipertensió arterial. Com a antecedent, una sacroileïtis dubtosa, sense seguiment. A nivell familiar no refereix antecedents de rellevància i explica un bon nivell socioeconòmic, sense antecedents epidemiològics.

Tenim signes objectius d'artritis, febre i púrpura i n'hem de fer diagnòstic diferencial.

Tenint en compte això, es demana una analítica bàsica urgent i una tira d'orina. L'hemograma no mostra leucocitosi, però sí neutrofília amb limfopènia, velocitat de sedimentació globular (VSG) i proteïna C reactiva elevades, lleu elevació de transaminases i lleugera hematúria.

Per la persistència de la febre i l'artritis s'amplia l'estudi i es valora la pacient amb l'especialista de reumatologia de la xarxa d'ambulatoris especialitzats. Es demana un segon hemograma, anticossos, estudi virològic i biòpsia de les lesions. Aquestes proves mostren anèmia normocítica normocròmica, VSG elevada, funció renal alterada, anticossos antinuclears (ANA) positius a títols baixos i resultats positius per a les serologies d'Epstein-Barr,citomegalovirus i parvovirus B19 (immunoglobulina M [IgM]).

Finalment s'orienta com una poliartritis d'etiologia vírica, tractament amb corticoides a dosis baixes. Es mantenen controls fins a la resolució de la simptomatologia.

Conclusions: Des d'Atenció Primària tenim una alta capacitat de resolució de casos gràcies a l'accessibilitat a proves que podrien semblar d'atenció especialitzada. A més, la proximitat de la medicina especialitzada permet consultar i fer un seguiment conjunt de pacients complexos. Davant d'una artritis aguda amb febre i afectació general, sempre cal descartar una etiologia vírica.

Patología de invierno

María Fernanda Izquierdo
Raquel Rodenas Galbis
María José Herrero
Maria Canas Parra
Marta González Medina
Montserrat Verdú

Contacte:
mverdu.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5880

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Lesiones cutáneas.

Historia clínica: Mujer de 23 años. Niega alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de obesidad mórbida con un índice de masa corporal (IMC) de 46. Acude a una visita programada con su médico de cabecera porque presenta lesiones cutáneas dolorosas en ambas extremidades inferiores, de 15 días de evolución. Niega prurito, rascado ni cambios en productos cosméticos o de ropa. No ha presentado lesiones similares en el pasado, ni ha realizado viajes al exterior en el último año. En el examen físico se objetivan, en la cara anterior y medial de rodillas hasta el tercio medio de las piernas, lesiones de base eritematoviolácea, con algunas zonas erosionadas y con costra superficial, que desaparecen parcialmente a la digitopresión. Se reinterroga a la paciente, que explica contacto con fuente de calor (utilizaba un radiador entre las piernas durante los meses de invierno). Se diagnostica así, sin necesidad de exploraciones complementarias, un caso de eritema ab igne.

Diagnóstico diferencial: Vasculitis, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípidos.

Tratamiento: Eliminar la fuente de calor y aplicar crema hidratante sobre la piel.

Evolución: Se comentó con dermatología y se indicó que no se realizase ningún tratamiento farmacológico, ya que sería suficiente eliminar la fuente de calor e hidratar la piel. Las lesiones finalmente involucionaron.

Conclusión: El eritema ab igne es una patología que tenemos que tener en cuenta en los meses de invierno. Las lesiones se asemejan al livedo reticularis, que a veces puede asociarse a enfermedades sistémicas. Si no hay mejoría tras la eliminación de la fuente de calor productora, hay que realizar el diagnostico diferencial con patologías primarias como el lupus eritematoso, el síndrome antifosfolípidos y la vasculitis. Para ello será necesario el uso de pruebas complementarias, como una analítica con estudio de anticuerpos e incluso en algunos casos una biopsia.

Open Acces creative commons

L'anamnesi, el nostre superpoder

Giovanna Magnante
Laura Estella Sánchez
Ioana Stefan

Contacte:
istefan.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5887

Home de 73 anys, que consulta un equip d'Atenció Primària d'àmbit urbà per diarrea persistent de fins a quatre deposicions diàries, de més de 6 mesos d'evolució. No s'acompanya de productes patològics, dolor abdominal, afectació de l'estat general, febre ni pèrdua de pes.

Com a antecedents patològics destacables presenta hipertensió arterial, hiperuricèmia, atac isquèmic transitori sense seqüeles i diverticulitis diagnosticada arran de dolor abdominal i d'alteracions del trànsit intestinal (l'any 2014 es va complicar amb una colitis sigmoidal que va requerir sigmoidectomia electiva un any més tard).

En tractament farmacològic habitual amb al·lopurinol 100 mg, atorvastatina 80 mg, clopidogrel 75 mg i losartan-hidroclorotiazida 50/12,5 mg.

Amb aquest quadre clínic se sol·licita sang oculta en femta. Resulta positiva. És derivat al circuit ràpid de còlon hospitalari. Es realitza colonoscòpia que mostra algun diverticle aïllat en sigma i hemorroides internes.

Davant la persistència del quadre es decideix retirar al·lopurinol i reduir la dosi d'atorvastatina, sense millora de la clínica. Es remet a gastroenterologia per a valoració, que realitza un estudi funcional que no mostra alteracions.

Mesos més tard, el pacient consulta de nou i revisem els hàbits alimentaris conjuntament. Explica un consum de 6-7 pastilles de xiclet al dia, per abandonar l'hàbit tabàquic.

Aquests xiclets contenen sorbitol com a edulcorant i són una font de fenilalanina, que si es consumeixen en excés tenen efecte laxant.

Es recomana abandonar el consum de xiclets i el quadre diarreic se soluciona.

Aquest cas posa de manifest la importància d'una història clínica correcta i detallada per realitzar un diagnòstic. Una anamnesi completa permet orientar la sospita diagnòstica i evita proves complementàries innecessàries.

Eosinofília, segur que es al·lèrgia?

Maria Gómez Barroso
Meritxell Motos Bescós
Marta Valls Salmerón

Contacte:
marta.91valls@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5913

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Pacient que consulta per dolor i inflamació al primer dit del peu esquerre, de 2 dies d'evolució.

Història clínica: Es disposa de l'autorització expressa del pacient per utilitzar les seves dades. Antecedents personals: Hipertensió arterial ben controlada. Tractament amb enalapril 10 mg, insuficiència renal crònica, hiperuricèmia. Anamnesi: Home de 54 anys, natural d Equador, resident a Espanya des de l'any 2000. Dolor al primer dit peu esquerre, de 48 h d'evolució. Viatge recent al seu país. Exploració: Inflamació del primer dit peu esquerre, amb eritema i augment de temperatura. Movilització correcta. Sense febre ni cap altra simptomatologia.

Proves complementaries: Analítica general on destaca hipertrigliceridèmia, insuficiència renal amb filtrat de 54 ml/min i eosinofília d'1,22 x 109/l (valors normals fins a 0,39 10 x 109/l).

Judici clínic: Pacient amb eosinofília. Per l'antecedent d'un viatge recent a l'Equador es decideix ampliar l'estudi: Se sol·liciten paràsits a femtes i coprocultiu, que són negatius, i una nova analítica amb serologia per a *Toxocara canis* i *Strongyloides stercolaris*, que resulten positius.

Diagnòstic diferencial: Als països industrialitzats entre les causes principals d'eosinofília es compten les malalties al·lèrgiques i l'atòpia, mentre que, a la resta del món, la causa més freqüent és la infecciosa (concretament, les infeccions per paràsits helmints). Altres causes: Farmacològica o neoplàsica.

Tractament: Tot i que el tractament d'elecció per a *S. stercolaris* és la ivermectina, com hi ha coinfecció amb *T. Canis*, es decideix tractament amb albendazol, 400 mg cada 12 h, durant 7 dies. Es remet el pacient a malalties infeccioses per valoració.

Conclusions: Destaquem la importància de realitzar correctament el diagnòstic diferencial d'eosinofília a l'Atenció Primària, tenint en compte els antecedents epidemiològics dels pacients, i descartar una patologia parasitària, que és la principal causa d'eosinofília al món.

Open Acces creative commons

Maria Vega Zafra Sánchez
Carme Aguilà Manotas
Magdalena Redondo de Pedro

Contacte:
redondodepedro@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5919

Abordatge domiciliari integral de la insuficiència cardíaca congestiva avançada

La pacient és una dona de 87 anys pluripatològica. Entre els antecedents destaquen hipertensió arterial, insuficiència cardíaca (IC), asma bronquial, síndrome d'apnea obstructiva del son, cor pulmonar, obesitat, fibril·lació auricular, pròtesi bilateral de maluc.

El desembre de 2016 ingressa per dolor toràcic atípic. Es descarta cardiopatia isquèmica i es considera d'origen multifactorial.

Durant l'any 2017 ingressa a l'hospital (40 dies) a l'abril, juny i novembre, per ICC. Després de l'últim ingrés es trasllada al centre sociosanitari (CSS) per completar el tractament. Abans dels ingressos es va modificar el tractament, sense control de símptomes.

El gener de 2018, quinze dies després de l'alta del CSS torna a presentar ICC, amb augment de pes, dispnea i edemes mal·leolars, amb dosis altes de furosemida. La gestora de casos activa l'hospitalització domiciliària (HADO). Va ser valorada per l'equip i va requerir perfusió contínua de furosemida, afegint-hi hidroclorotiazida. Va baixar de pes i va millorar la dispnea, per tant es van reduir els diürètics. En el moment de l'alta s'establí seguiment domiciliari, inicialment setmanal, de l'equip d'Atenció Primària (AP; gestora de casos, infermera i metgessa) i s'incidí en la família sobre els signes d'alerta: Control del pes i aparició d'edemes mal·leolars. La pacient va requerir ingrés de l'HADO l'abril de 2018, per ICC. En el moment de l'alta es va reiniciar el mateix ritme de controls domiciliaris.

El febrer de 2019 anà a urgències per dolor toràcic atípic, es descartà isquèmia, però s'inicià tractament amb nitrats transdèrmics.

El març de 2019 s'activà l'HADO per un episodi d'ICC amb deteriorament funcional. En aquest episodi s'inicià tractament amb morfina oral i oxigenoteràpia. Actualment, la pacient presenta un deteriorament funcional important i la família ha accedit a l'activació del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de suport (PADES) quan ho necessiti.

Els ingressos domiciliaris (14 dies) i el seguiment sistemàtic per l'equip d'AP milloren la qualitat de vida dels pacients i de la família, per l'accessibilitat dels professionals.

Clara Alavedra Celada
Daniel Escudero López
Alba Llovet Viaplana

Contacte:
alballovet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5954

Doctora, ¡me quiero morir!

Antecedents personals: Dona de 95 anys amb funcions superiors conservades i autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària. Antecedents personals: Fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca.

Anamnesis: Augment de la dispnea fins a ser de repòs en les darreres hores, acompanyada de treball respiratori i mucositat. Havia estat donada d'alta de l'hospital per bronquitis aguda feia 3 dies. Sense ortopnea, dispnea paroxística nocturna, febre ni dolor toràcic.

Exploració: Tensió arterial, 143/93 mmHg; freqüència cardíaca, 66 ppm; $SatO_2$, 87%; treball respiratori, taquipnea. Conscient i orientada. Auscultació respiratòria: Murmuri vesicular conservat amb sibilàncies generalitzades. Auscultació cardíaca: TCA amb buf sistòlic. Sense edemes.

Enfocament familiar i comunitari: Vídua amb 6 filles. Viu amb una filla des de fa 6 mesos, perquè es va fracturar la pelvis. Molt bon suport familiar.

Judici clínic: Insuficiència respiratòria secundària a bronquitis aguda. S'explica el quadre a la pacient i a la família, i la possibilitat d'un mal pronòstic, però la pacient es nega a l'ingrés hospitalari i accepta els riscos. Es fa un pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) amb un pla de decisions anticipades.

Identificació de problemes: Insuficiència respiratòria, rebuig al tractament hospitalari.

Tractament i plans d'actuació: S'inicia el tractament simptomàtic amb nebulitzacions i morfina oral per al control de la dispnea.

Evolució: Es realitzen visites diàries domiciliàries de seguiment. S'observa una millora en la insuficiència respiratòria, però la pacient presenta una davallada funcional secundària a un rebuig a la ingesta, i amb patiment psicològic. Com l'agitació augmenta i presenta inquietud física i psicològica, tot respectant el seu desig de no ser hospitalitzada, es decideix realitzar sedació pal·liativa amb bomba infusió, d'acord amb la pacient. És èxitus a les 36 hores.

Conclusió: Des d'Atenció Primària hem de realitzar un bon pla de decisions anticipades amb els pacients i donar suport fins al final perquè sigui possible, incloent la sedació a domicili.

Open Acces creative commons

Marc Alamà Ramos

Contacte:
malama.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5960

La importància de la detecció precoç de símptomes en malalties amb elevada mortalitat. Crisi tirotòxica

Àmbit: Atenció Primària (AP) amb posterior derivació al servei d'urgències hospitalàries (SUH).

Motiu de consulta: Pacient de 46 anys que consulta per intranquil·litat, dolor toràcic, tremolor i palpitacions, de vàries hores d'evolució. Ha patit també una pèrdua de pes 13 kg en 2 mesos. Aquest matí s'havia fet una extracció al centre d'AP, on es detectà una T3 de 19,9.

Història clínica: Hàbits tòxics: Tabaquisme actiu. Antecedents personals: Sense factors de risc cardiovascular. Sialoadenitis el desembre de 2017. En l'ecografia realitzada per aquest motiu es detecta goll tiroidal amb patró de tiroïditis (possible síndrome de Graves-Basedow) i es diagnostica hipertiroïdisme (febrer de 2018). Tractament habitual: Tiamazol 5 mg, 1 comprimit/8 h, amb mal compliment del tractament. Exploració física: Tensió arterial, 148/76 mmHg; temperatura axial, 36,9 ºC; $SatO_2$, 98%; freqüència cardíaca, 112 ppm; pacient conscient i orientada, suada i intranquil·la. Auscultació cardíaca: Taquicàrdia rítmica. Auscultació respiratori: Murmuri vesicular conservat. Exploracions complementàries: Electrocardiograma, RS a 105x, QRS estret, eix QRS a 60o, sense alteracions de la repolarització. Orientació diagnòstica: Sospita de crisi tirotòxica. Pla terapèutic: Derivació al SUH.

Evolució: Pacient que es deriva a SUH. Allà es decideix l'ingrés per crisi tirotòxica. S'inicia tractament amb propranolol i tiamazole, amb bona resposta i alta 6 dies després, amb el mateix tractament i seguiment a consultes externes d'endocrinologia.

Conclusions: La crisi tirotòxica és una emergència mèdica amb elevada mortalitat si no es tracta. Necessita atenció immediata. La pacient presentava diverses manifestacions: Cardiovasculars (taquicàrdia, palpitacions i dolor toràcic), neurològiques (intranquil·litat) i termoreguladores (temperatura axial per sobre de 36,8 ºC), però no presentava alteracions digestives (vòmits, diarrea) en el moment de la visita. Per l'elevada morbimortalitat, cal conèixer bé els símptomes i actuar amb rapidesa. És vital que a l'AP disposi del temps necessari per fer un interrogatori acurat i de la formació continuada indispensable per detectar precoçment patologies potencialment greus.

Sigfredo Cabral Rivera
Noa Chantada Lorenzo
Cristina Ramírez

Contacte:
cris_maestre@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_5995

El meu cor em mata!

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Home de 71 anys presenta sensació dispneica i astènia de 48 h d'evolució, sense desencadenant. S'afegeix oligoanúria de 24 h, afebril.

Antecedents personals: Intolerància als inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina (IECA). Exfumador d'1 paquet/dia i hipertensió arterial en tractament mèdic.

Anamnesi: Pacient prèviament sà, que explica dispnea sobtada de 48 h i astènia acompanyant,amb oligoanúria de 24 h. Nega febre els dies previs ni cap altre desencadenant.

Exploració: Tensió arterial, 88/66 mmHg, $SatO_2$, 96%; freqüència cardíaca, 126 ppm; estat general regular; cianosi perifèrica de predomini a l'hemicòs superior; auscultació cardíaca: Tons rítmics, sense buf; auscultació respiratòria: Hipofonesi generalitzada amb crepitants bibasals; sense edemes a les extremitats inferiors.

Proves complementàries: Electrocardiograma amb taquicàrdia sinusal, 130 ppm amb voltatges disminuïts.

Judici clínic: Davant la sospita d'un probable tromboembolisme pulmonar (TEP) es monitoritza el pacient i es col·loquen dos accessos venosos. En paral·lel es contacta amb el servei d'emergències mèdiques per al trasllat hospitalari. A l'arribada a urgències, es trasllada directament a la unitat de cures intensives. L'ecocardiografia objectiva un vessament pericardíac greu amb col·lapse de cavitats dretes, suggestiu de taponament cardíac. Es realitza periocardiocentesi urgent. En la tomografia per emissió de positrons-tomografia axial computada (PET-TAC) de tòrax s'observa una col·lecció de líquid en el mediastí anterior, múltiples adenopaties mediastíniques, hilars bilaterals i supraclaviculars, amb sospita de síndrome limfoproliferativa.

Evolució: Es realitzà punció adenopàtica amb diagnòstic de carcinoma escamós primari de pulmó (T1bN3M1) amb disseminació adenopàtica múltiple. S'inicià assaig clínic amb immunoteràpia (pembrolizumab i eftilagimod).

Conclusions: L'any 2016, les urgències visitades a Atenció Primària van representar 22,4% del total d'urgències (3,8 milions de pacients). La coordinació amb la resta de serveis d'emergències i la formació dels metges en urgències ha de ser la clau en una població cada vegada més envellida i que presentarà més urgències vitals a mesura que augmenti l'esperança de vida.

Open Acces creative commons

Irene Vinagre Torres
Zoe Herreras Pérez
Mónica Gómez Martínez
Cristina Colungo Francia

Contacte:
ccolungo@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6127

Acció unitària el dia mundial de la diabetis en un territori urbà

Dinamitzar una intervenció comunitària el Dia Mundial de la Diabetis (DMD) als centres d'Atenció Primària (CAP) i a les unitats de diabetis dels hospitals (UDH) referents del territori.

Específics: Adherir els proveïdors al DMD. Promocionar hàbits saludables i sensibilitzar la comunitat i els professionals del risc de presentar prediabetis o diabetis mellitus de tipus 2 (DMT2). Analitzar el grau de risc (FINDRISC) obtingut en la comunitat i en els professionals. Plantejar noves estratègies, segons les necessitats detectades en la comunitat i en l'àmbit sanitari.

Descripció:

1. El grup clínic d'endocrinologia (GCE) territorial estableix com a nova acció comunitària i unitària l'adhesió a la campanya DMD.
2. Disseny d'intervenció i presentació al comitè territorial format pels proveïdors.
3. Elaboració de l'enquesta en línia en una plataforma segura. Centralització de les dades dels usuaris i professionals en un servidor segons la normativa de la UE; valoració pel comitè ètic.
4. L'oficina tècnica territorial tramita la proposta formal d'adhesió i informa les direccions dels CAP i UDH. Aquestes informen les seves comissions comunitàries i referents de diabetis que rebran informació i material consensuat.
5. Accions: Passar en les consultes enquestes oportunistes FINDRISC durant la setmana DMD. Utilitzar les noves tecnologies com a canal d'informació i sensibilització d'usuaris i professionals sense diagnòstic de DMT2. Taula informativa als centres adherits al DMD per sensibilitzar i informar d'hàbits saludables consensuats. Enquesta a professionals postintervenció per conèixer les experiències fetes, memòria i compartir resultats per millorar properes edicions.
6. Plantejar noves accions des del GCE.

Conclusions: Les estratègies unitàries en la comunitat i les campanyes oficials haurien d'augmentar la sensibilització dels usuaris i professionals i la promoció d'hàbits saludables per prevenir o endarrerir l'aparició de DM2. Estimar el risc hauria de generar noves estratègies i afavorir la detecció de debuts amb la conseqüent disminució de la diabetis desconeguda.

Aplicabilitat: Qualsevol territori que vulgui adherir-se al DMD per sensibilitzar la població i els professionals.

Míriam Fornieles Medina
Maria Andreina Cordero Pascual
Carolina Rangel Falcón
Alicia Caputto Garrido

Contacte:
caputto12@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6139

Encefalitis autoinmune y teratoma

Motivo de consulta: Mujer de 27 años que consulta en tres ocasiones en el servicio de urgencias por alteración de la conducta y de la marcha.

Antecedentes: Sin antecedentes patológicos, consumidora ocasional de alcohol y cannabis.

Ámbito del caso: Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes correctas. Exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Exploración neurológica: Consciente y parcialmente orientada, con atención fluctuante. Sin meningismo, pupilas isocóricas normorreactivas, sin déficit motor, sensibilidad táctil y dolorosa conservadas. Pares craneales normales. Hiporreflexia bicipital y rotuliana. Babinsky negativo. Marcha no valorada. Analítica: Bioquímica y hemograma normales. Tóxicos en orina: Cannabinol positivo. Líquido cefalorraquídeo: Pleocitosis linfocitaria sin proteinorraquia, con anticuerpos de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) positivos. Resonancia magnética: Sin hallazgos patológicos. Ecografía ginecológica: Formación quística de 22 x 16 mm de ecogenicidad mixta (calcio y grasa), de paredes finas, sin captación Doppler compatible con teratoma ovárico, en ovario derecho. Electroencefalograma (EEG): Actividad paroxística bitemporal con periodic lateralized epileptiform discharges (PLED) y enlentecimiento difuso delta.

Orientación diagnóstica: Encefalitis autoinmune anti receptor de NMDA. Teratoma ovárico.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis víricas, trastornos psiquiátricos primarios, consumo de drogas de abuso, síndromes neuroléptico maligno, serotoninérgico y epilépticos, y encefalitis autoinmunes.

Juicio clínico: Paciente con sospecha inicial de meningoencefalitis. Tras el tratamiento empírico con aciclovir, cefotaxima y ampicilina persiste la clínica neurológica fluctuante. EEG patológico y la positividad de los anticuerpos anti-NMDA reorientan el diagnóstico hacía una encefalitis autoinmune. Se instauró tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas. Dada la frecuente asociación de las encefalitis autoinmunes con tumores, y entre ellos con el teratoma ovárico, se procede a un examen ecográfico ginecológico que terminó de confirmar la sospecha. Con el diagnóstico de teratoma ovárico se realizó anexectomía.

Open Acces creative commons

Esteatosi i diabetis, un binomi maligne

Marta Pepió
Irene Pascual
Begoña Osés
Yolanda Ortega Vila
Patricia Elías
Álvaro Araujo

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6157

Objectius: Determinar la prevalença de la diabetis mellitus (DM) en pacients diagnosticats d'esteatosi hepàtica no alcohòlica (EHNA), mitjançant ecografia abdominal realitzada per qualsevol motiu en Atenció Primària (AP). Determinar la prevalença d'EHNA, DM i hipertransaminasèmia. Analitzar la interrelació. Determinar l'associació entre diferents factors de risc cardiovasculars (FRCV) i l'EHNA. Determinar la relació entre l'escala FINDRISC i l'EHNA.

Materials i mètodes: Estudi descriptiu transversal observacional. Univers de 301 participants per mostreig aleatori.

Criteris d'inclusió: Majors de 18 anys, ecografia entre 2015-18.

Criteris d'exclusió: Alcoholisme, hepatopatia prèvia.

Variables: Edat, sexe, escala FINDRISC, índex de massa corporal (IMC), antecedents personals/familiars de DM, alcoholisme, tabaquisme, activitat física, tensió arterial, glucosa basal alterada (GBA), colesterol de lipoproteïnes d'alta densitat (HDL), triglicèrids, enzims hepàtics, tractament habitual, EHNA, perímetre abdominal (PA), cardiopatia isquèmica, hipertensió arterial (HTA), dislipidèmia, accident cerebrovascular/isquèmic transitori.

Resultats: En la mostra el 47,2% són homes (amb una edat mitjana 54,2 anys) i el 52,8% són dones (53anys). Obesitat: 23,9%. Dislipidèmia: 29,2%. Hipertrigliceridèmia: 12%. HTA: 36,2%. GBA: 25%. PA alterat: 31,2%. HDL < 50mg/dl: 25,6%. El 31,9% segueix tractament hipotensor i el 17,3% hipolipemiant. El 6,7% presenten DM i EHNA. El 7,7%, DM i hipertransaminasèmia. El 18,7%, hipertransaminasèmia i EHNA. El 60% de pacients amb DM presenten EHNA. Relació entre el grau d'esteatosi i hipertransaminasèmia significativa en el grau III: El 86,4% dels subjectes diagnosticats amb esteatosi de grau 3 presenten hipertransaminasèmia. Objectivem el 81.2% amb FINDRISC alt amb EHNA. Existeix interrelació positiva directament proporcional entre DM, EHNA i hipertransaminasèmia. Els subjectes amb EHNA presenten una major prevalença d'obesitat, hipertrigliceridèmia, PA patològic ajustat per IMC, GBA, HDL < 50mg/dl i HTA.

Conclusió: Com més alta és la puntuació FINDRISC, més alta és la prevalença d'EHNA i de DM. Un FINDRISC categoritzat de 3 suposa 8,4 (IC 95%: 1.755-40.208) vegades més risc de desenvolupar EHNA. Els pacients amb EHNA presenten major prevalença de DM i a mesura que augmenta el grau de esteatosi hepàtica, major prevalença d'hipertransaminasèmia. Arran d'aquest estudi ens plantegem la possibilitat de detectar els pacients amb alt risc de desenvolupar una DM.

Si el dolor lumbar còlic no és un còlic, què pot ser?

Isla Sánchez Ventura
Verónica Mate García
Marta Miralpeix Monclús

Contacte:
martamiralpeix@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6165

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Història clínica: Dona de 48 anys, sense antecedents mèdics d'interès, consulta el desembre de 2006 a urgències del centre d'AP per dolor lumbar esquerre, de característiques còliques, irradiat a la zona inguinal. L'exploració física és anodina i el Labstix® mostra hematies + i la resta negativa. S'orienta com a còlic nefrític no complicat i es pauta analgèsia via oral. Control posterior en què la pacient refereix millora del dolor lumbar després de 5 dies de tractament, amb molèstia inguinal residual que tracta amb antiinflamatoris no esteroidals (AINE) puntualment. L'exploració física és anodina i s'orienta com a còlic nefrític resolt. Consulta l'octubre de 2007 per la reaparició del dolor lumbar esquerre, en aquest cas sense unes característiques còliques clares i amb pol·laciúria franca sense disúria. L'exploració física és anodina. Labstix®: Hematies +++, la resta negativa. Per l'evolució plantegem el diagnòstic diferencial del cas: Nefrolitiasi, compressió extrínseca de la via urinària o patologia ovàrica. I decidim sol·licitar una ecografia de l'aparell urinari, preferent. L'ecografia mostra uns ronyons de mida i morfologia normals, sense evidència de litiasi ni de dilatació de les vies urinàries. Hi ha una imatge nodular anaxial esquerra d'aspecte sòlid i heterogènia, de 61 mm de diàmetre. Pels resultats ecogràfics es deriva la pacient a ginecologia i s'hi completa l'estudi, que confirma neoplàsia d'ovari esquerre.

Conclusions: L'orientació diagnòstica inicial d'aquest cas, com a còlic nefrític no complicat, va fer que no estigués indicada l'ecografia inicial: El diagnòstic era clínic i la pacient presentava una clínica compatible. Va ser la recidiva precoç del dolor i l'evolució tòrpida el que va fer plantejar la possibilitat d'un diagnòstic alternatiu i, en conseqüència, calia realitzar el diagnòstic diferencial i sol·licitar una prova complementària. Tot això porta a reflexionar sobre la importància de plantejar-nos un bon diagnòstic diferencial, fins i tot en les patologies més freqüentment ateses a les urgències d'Atenció Primària, i especialment en aquells casos que no segueixen el curs clínic habitual.

Open Acces creative commons

Sistematitzem i avaluem la nostra activitat comunitària

Montserrat Vergara Alert
Maria Masferrer Lletjós
Francisco José Luque Mellado
Marta Boné Ortiz

Contacte:
fjluque@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6203

Objectius de l'experiència: Autoavaluar l'activitat d'un grup de treball de medicina comunitària d'un equip d'Atenció Primària (EAP).

Descripció de l'experiència: Des de 2015 tenim en el nostre EAP un equip de millora de salut comunitària (EMSC) per promocionar intervencions/accions comunitàries al barri, millorar-ne l'estat de salut i reduir-hi desigualtats en la salut. Es defineixen els objectius sistemàticament, també els indicadors i ens autoavaluem. Les variables considerades l'any 2018 són: Objectiu 1: Impulsar l'orientació de l'EAP cap a una perspectiva comunitària. Indicador 1.1: Reunions de l'EMSC de l'EAP/previstes (6) > 80%. Indicador 1.2: Totes les línies estratègiques amb responsable assignat (sí/no). Indicador 1.3: Activitats comunitàries amb participació de professionals que no formen part de l'EMSC/total d'activitats comunitàries > 50%. Indicador 1.4: 100% d'activitats avaluades. Objectiu 2: Establir aliances amb agents comunitaris. Indicador 2.1: Nombre de reunions de la taula comunitària/previstes (10) > 80%. Indicador 2.2: Activitats amb participació d'1 agent comunitari/total activitats comunitàries > 50%. Indicador 2.3: Nombre de reunions amb agents comunitaris no inclosos a la taula comunitària = 2 . Objectiu 3: Promoure accions d'envelliment actiu i saludable. Indicador 3.1: Participació a l'Escola de Salut per a la Gent Gran (sí/no). Objectiu 4: Impulsar la prescripció social. Indicador 4.1: Participants assistents a 3 sessions/participants previstos = 50%. Objectiu 5: Participar en altres projectes comunitaris. Indicador 5.1: Adhesió a 2 campanyes de salut. Objectiu 6: Disposar d'una eina de comunicació/intervenció comunitària. Indicador 6.1: Entrades publicades al blog/previstes (20) > 80%. Indicador 6.2: Augment del 2% de les visites anuals al blog. Objectiu 7: Participar a xarxes. Indicador 7.1: Presència a la xarxa AUPA (sí/no). Indicador 7.2: Participació a la PACAP (sí/no).

Conclusions: És necessari sistematitzar el procés d'anàlisi dels grups de medicina comunitària per tal de millorar contínuament l'activitat en aquest terreny.

Aplicabilitat: L'avaluació de l'activitat comunitària és imprescindible a l'Atenció Primària i s'hauria de realitzar a tots els EAP.

Comparativa de la población que ha pensado en sus voluntades anticipadas y los registros del documento de voluntades anticipadas en dos centros de Atención Primaria

Monserrat Vilarrubias Calaf
Eva Serra Torra
Oksana Ryhaylo Ryhaylo
Maria Homs Riba
Delia Gabriela Granda Juca
Elisenda Florensa Claramunt

Contacte:
dgabegranda2013@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6243

Objetivos: Describir las características de la población encuestada que pensaron en sus voluntades anticipadas y los registros del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en dos centros de Atención Primaria (CAP) para obtener información relevante que permita promover el registro del DVA.

Metodología: Es un estudio observacional y descriptivo. Se han realizado encuestas anónimas a los usuarios que han participado voluntariamente con aceptación verbal en los dos CAP, entre los meses de diciembre del 2018 y febrero del 2019. Además, se han tenido en cuenta los registros del DVA en los dos CAP entre los años 2001 y 2019. Se han analizado las variables de edad, sexo, si han pensado en sus voluntades anticipadas (VA; sí/no) y los años de enfermedad crónica.

Resultados: Se encuestó a 181 usuarios con una edad media de 54,49 años (SD: 18,5), de los cuales el 59% (108) eran mujeres. Del total de encuestados, un 28,7% (52) manifestaron haber pensado en sus VA, de los cuales un 59,6% (31) eran mujeres y de una edad media de 64,8 años (SD: 15,9). Un 40,7% tenía una enfermedad crónica de más de 10 años de evolución. El registro del DVA de ambos CAP contaba con 288 documentos. La media de los pacientes era de 69,1 años (SD; 12,7), de los cuales un 72,2% (208) eran mujeres. No se detectaron diferencias significativas en la edad (p = 0,14) y el sexo (p = 0,07) en ambos grupos.

Conclusiones: Observamos la edad media de los usuarios que pensaron en sus VA: 64 años; la de los que registraron su DVA era de 70 años. En ambos casos, la mayoría eran mujeres. Los usuarios que pensaron en sus VA tenían enfermedades crónicas de años de evolución. Es posible crear nuevas estrategias a nivel poblacional para llegar a los usuarios que no piensan en sus VA y, por lo tanto, no lo registran.

Open Acces creative commons

Uso de las tecnologías de la información en pacientes con diabetes *mellitus* de tipo 2 (resultados preliminares)

Carlos Torres Ríos
Núria Montella Jordana
Josep Massons Cirera
Eva Leceaga Gaztambide
Anna Larred Plaza
Hajar el Jaouhari Khlifi

Contacte:
eleceaga@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6281

Objetivos: Describir el uso de nuevas tecnologías (móvil, aplicaciones móviles y mHealth) en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 (DM2).

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, en pacientes entre 18 y 75 años diagnosticados de DM2 atendidos en un centro de salud urbano entre julio y septiembre de 2019.

Exclusiones: Pacientes domiciliarios, con deterioro cognitivo, con trastornos mentales y con barreras idiomáticas. Muestra: Se necesitan 365 para estimar un 55% de uso de las nuevas tecnologías.

Reclutamiento: Muestreo aleatorio simple y captación oportunista en el centro de salud.

Método de recogida de datos: Encuesta telefónica o entrevista (según reclutamiento).

Variables: Edad, género, uso de móvil, de aplicaciones o de mhealth.

Análisis estadístico: Cálculo del frecuencias absolutas y relativas e IC 95%.

Limitaciones: Pacientes no familiarizados con el uso de las nuevas tecnologías. Reclutamiento actualmente en proceso.

Aspectos éticos: Consentimiento informado oral de todos los pacientes.

Resultados: Se han realizado 138 encuestas (50,7% hombres) con una media de edad de 63,6 ±7,9 años (sin diferencias por genero). Un 93,5% (IC 95%: 89,4-97,6) utilizan móvil, de los cuales 108 (83,7%; IC 95%: 77,3-90,1) utilizan aplicaciones, con diferencias significativas por género (92,4% de hombres vs, 74,6% de mujeres; p = 0,008) y edad (61,9 ±7,7 años vs. 69,5 ±5,4 años entre los que no usan aplicaciones, p = 0,0001). Solo un 26,9% (IC 95%: 18,5-35,3) de los usuarios de aplicaciones utilizan mHealth, pero si su médico se lo prescribiera lo utilizarían un 79,6%, sin diferencias por género.

Conclusiones: Si bien entre los pacientes con diabetes el uso del móvil está generalizado, el género y la edad condicionan el uso de las aplicaciones. Todavía es bajo el uso de aplicaciones relacionadas con la salud, aunque parece que hay una alta predisposición si fuera aconsejado por un profesional sanitario.

Treballant les habilitats familiars amb la comunitat: Més enllà de la teoria

Teresa Salud Pijuan
Laura Pérez Flores
María José Pardo Remesal
Noemi de Miguel Llorente

Contacte:
ndemiguell.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6286

Objectiu: Crear un espai a les escoles per compartir amb les famílies eines que les ajudin en la criança dels fills i les filles en les diferents etapes evolutives, reconeixent les emocions i les capacitats personals. Recollir el canvis que les famílies experimenten i com verbalitzen les noves dinàmiques de comportament. Potenciar les activitats en xarxa de l'equip d'Atenció Primària amb professionals de l'ensenyament.

Descripció: El Programa d'Habilitats Familiars de l'Agència de Salut Pública consta d'onze sessions d'hora i mitja cadascuna que es duen a terme en l'àmbit escolar. Es realitza una avaluació amb qüestionaris de satisfacció pre- i postsessió i un registre d'assistència. S'enregistren les intervencions, actituds, emocions expressades, recursos personals, habilitats apreses i llenguatge no verbal.

Conclusions: Tot i que es realitzen qüestionaris de satisfacció, hem volgut anar més enllà i donar èmfasi al relat qualitatiu de les sessions, que aporta informació d'una important riquesa: Tot allò que es diu sense dir res (brillantor als ulls, frases inacabades, ofecs, rialles, escolta activa...), tot un recull d'expressions que es comparteixen i que generen un canvi dintre del grup. Es manifesta la manca de temps en el dia a dia, d'un temps necessari per potenciar la comunicació assertiva. Destaca la importància de no prejutjar i no transferir estereotips. Es visualitzen nivells elevats d'autoexigència en l'educació dels fills i les filles, fet que genera ansietat en els participants.

Aplicabilitat: Per als participants i els professionals, el relat qualitatiu de cadascuna de les sessions és una oportunitat per recollir i compartir tota la informació que ha anat sorgint durant els tallers, les experiències i els recursos. Es creen vincles, s'enforteix el grup i s'empoderen els individus. Per als professionals, la realització dels tallers permet establir noves aliances i vincles amb les escoles del territori.

Open Acces creative commons

Importancia de la comunicación asistencial en Atención Primaria

Natalia Miota Hernández
Vanesa Mauri Vázquez
David Martí Grau
María Luisa Benito Serrano

Contacte:
mlbenito@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6313

Objetivos de la experiencia: Desarrollar un programa específico de formación de residentes de medicina y administrativos sanitarios (AS) en habilidades de comunicación mediante el uso de videograbaciones de entrevistas clínicas con el método Problem Based Interview (PBI). Crear un espacio de encuentro entre profesionales sanitarios para mejorar el manejo de las emociones que aparecen en las relaciones interprofesionales.

Descripción de la experiencia: Actividades de formación en formato de un taller para facilitar una capacitación específica en el tema. El docente realiza exposiciones teóricas breves, análisis con vídeos didácticos y videograbaciones de una consulta real simulada. Se trabaja un objetivo docente previamente definido, que puede ser desde la gestión de la consulta hasta las emociones que aparecen en la compleja relación médico-paciente, AS-paciente o interprofesional. El análisis posterior se realiza mediante un feedback de forma constructiva que sirve para mejorar y adquirir habilidades comunicativas. Participaron seis residentes de medicina de la unidad docente y siete AS. La evaluación del curso consta de una encuesta de satisfacción y del visionado de una entrevista clínica con errores y aciertos; posteriormente se responde a un cuestionario sobre la comunicación asistencial que aparece en el vídeo. Resultados: El promedio del grado de satisfacción general del curso es de 3,4 sobre 4.

Conclusiones: Se ha desarrollado una experiencia docente altamente satisfactoria para los residentes, lo que facilita el aprendizaje de habilidades comunicativas, así como un espacio para compartir experiencias profesionales.

Aplicabilidad: El método PBI en formato taller proporciona a los residentes una formación básica en comunicación asistencial y facilita las herramientas para la mejora progresiva de estas habilidades de una forma sencilla y aplicable en las unidades docentes de Atención Primaria.

Síndrome d'ovari poliquístic en Atenció Primària, ho diagnostiquem i tractem prou bé?

Antonio Sánchez Castellano
Jose Luís Romero Naval
Ramon Morera i Castell
Cristina Moliner Molins
Liliet Marzabal García
Laura Belmonte Calderón

Contacte:
dr.rmorera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6334

La síndrome de l'ovari poliquístic (SOP) és la disfunció endocrinometabòlica més prevalent en les dones en edat reproductiva. Sospitem que actualment s'infradiagnostica i entenem que el diagnòstic precoç i l'abordatge s'ha de fer en el centre de salut (CS).

Objectius: Avaluar els coneixements dels metges de família sobre la SOP. Incrementar la detecció i millorar la qualitat diagnòstica i terapèutica en pacients amb SOP a través d'una acció formativa. Determinar la prevalença de la SOP (població de 18-45 anys) d'un centre de salut.

Material mètode: Elaboració d'un protocol d'actuació per als equips d'Atenció Primària, d'una enquesta de coneixements i de sessions formatives.

Mesures: Enquesta de coneixements als 14 metges del centre abans i 12 mesos després d'impartir les sessions. Impacte en la prevalença, qualitat diagnòstica i tractament de les pacients diagnosticades de SOP abans de la intervenció i un any després.

Resultats: Després de fer l'enquesta pre- i postintervenció es va incrementar la puntuació mitjana del nivell de coneixements de 8,5 a 9,3; tot i així, s'ha constatat que la diferència no és estadísticament significativa. S'objectiva una millora global en els coneixements diagnòstics de la malaltia i ha augmentat un 11,38% el nombre de pacients diagnosticades, que han passat de 167 a 186 pacients. Augment de la prevalença postintervenció des del 3,21% al 4,08% (increment significatiu).

Conclusions: La prevalença de la SOP és inferior a l'esperada (5-10%). Constatem una sensibilització insuficient dels professionals en la captació de pacients afectades i, en conseqüència, del seguiment correcte. És important sensibilitzar mitjançant la formació els professionals d'Atenció Primària per millorar la detecció, registre i atenció de les pacients. El protocol que hem establert pot servir de referència i ser aplicat en altres centres de salut per intentar millorar la qualitat diagnostica i terapèutica d'aquestes pacients i que puguin tenir més qualitat de vida i intentar evitar les conseqüències que comporta aquesta malaltia (disponible AMF).

Sense finançament extern.

IDIAP, autorització CEI: P18/155.

Open Acces creative commons

Mariposa del amor

Artyom Mkrtchyan
Ana Pérez López
Clara Andrés Belmonte

Contacte:
clarandresb@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6345

Hombre de 54 años, sin antecedentes patológicos de interés, consulta por picor y erupción descamativa y costrosa en zona inguinal, de 3 días de evolución, que deja restos en la ropa interior. Refiere prurito de tal intensidad que no le deja dormir. Sin otra sintomatología asociada. El paciente niega tener mascotas, viajes recientes, relaciones sexuales o contacto con grupos de riesgo. Semiológicamente destaca la piel velluda con manchas negras por todo el cuerpo, que predominan en la zona inguinal.

Se realiza dermatoscopia, en la que se observan piojos. Se objetiva una infestación masiva en todas las zonas pilosas. Al analizar esas estructuras más detalladamente y contrastar la información se puede concluir que lo que creíamos que eran *Pediculus humanus* son en realidad *Pthirus pubis*. Preguntándole sobre posibles contactos sexuales, niega relaciones desde hace más de un año y medio. Se solicita analítica completa con serologías de sífilis, hepatitis B, infección por VIH, gonococo, *Chlamydia trachomatis*, virus herpes de tipo 1 y 2, y papilomavirus. Se le recomienda el uso de permetrina al 1,5% y repetir el tratamiento a la semana.

La especie *P. pubis*, ladilla, es un insecto pequeño de 0,8 a 1,5 mm, sin alas, con el cuerpo aplanado en sentido dorsoventral. Recibe el nombre latino por su localización en los pelos del área genital, aunque también puede aparecer en el bigote, axilas, cejas, pestañas, cabeza y otras zonas pilosas. La forma más frecuente de transmisión de las ladillas es el contacto sexual, por lo que la enfermedad ha sido denominada mariposa del amor, nombre que, además, alude a la forma triangular del parásito, como se ilustra en el póster con varias fotografías.

Dado que atendemos a una población semirrural, donde son motivo de consulta frecuente el prurito y las picaduras de insecto, la ladilla es una patología a tener en cuenta, así como su vía de transmisión y la comorbilidad asociada.

La cronicitat, un repte en la millora constant

Mireia Sans Corrales
Eva María Sánchez Romero
Noemí García Planas
Cristina Colungo Francia

Contacte:
ccolungo@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6400

Objectius: Reestructurar l'atenció de la cronicitat en les patologies cròniques o problemes de salut més prevalents en l'Atenció Primària (AP) durant el període 2019-2022.

Específics: Dissenyar programes d'atenció i d'educació terapèutica (PAET) en patologies prevalents (malaltia pulmonar obstructiva crònica, diabetis mellitus de tipus 2, insuficiència cardíaca, hipertensió arterial) en fases de debut, seguiment i descompensació, i en intervencions de prevenció i atenció a la comunitat. Establir intervencions educatives per empoderar professionals en el maneig del pacient crònic integrant el projecte d'harmonització d'estàndards de cures infermeres (ARES) i les rutes assistencials del territori. Implementar i avaluar indicadors clínics i de satisfacció.

Descripció: 1. Constitució del grup de cronicitat amb: Infermer/a de pràctica avançada (IPA), referents del centre d'Atenció Primària, ARES i direcció assistencial. 2. Nomenar un cap de projecte amb funcions de coordinació dels referents de patologia crònics (RPC), organització i adequació de registres per al disseny del programa. 3. Determinar els RPC (metges/esses i infermers/eres) i establir el cronograma. 4. Determinar les accions a realitzar. Revisió de guies, rutes assistencials territorials, materials educatius, indicadors de salut i documentació ARES. Disseny de programes multidisciplinaris segons les necessitats assistencials, consensos de metodologia i material educatiu per a l'educació terapèutica (ET) individualitzada o grupal. Implementació de l'ARES en el programa d'història clínica informatitzada (eCAP). Formació tutelada. Establir i avaluar indicadors del projecte i individuals dels programes. 5. Validar les accions determinades per la comissió amb la participació de grups focals de pacients i professionals. 6. Utilitzar les noves tecnologies com a canal d'informació i empoderament del pacient. 7. Vincular les intervencions del projecte de cronicitat a les línies de recerca del centre.

Conclusions: L'elaboració de PAET en patologies prevalents de forma multidisciplinària i basada en registres comuns a l'Atenció Primària (eCAP/ARES) hauria d'estructurar, estandarditzar l'atenció i l'educació terapèutica, facilitar l'abordatge professional dels pacients afectats i millorar-ne els resultats de salut.

Aplicabilitat: És aplicable a qualsevol centre que estigui informatitzat i vulgui donar una atenció més homogènia.

Open Acces creative commons

Marta Valls Salmerón
Isabel Bordón Quintana
Meritxell Motos Bescós

Contacte:
mmotosbescos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6435

Lesions papuloses eritematoses com a indicador d'afectació sistèmica

Àmbit del cas: Atenció Primària (AP).

Motiu de consulta: Lesions cutànies.

Història clínica: Enfocament individual: Dona de 47 anys, amb antecedents d'hipertensió i en tractament amb enalapril, acut al centre d'AP per lesions cutànies de 8 dies d'evolució. No té al·lèrgies medicamentoses conegudes. Malaltia actual: Fa 2 setmanes va presentar un episodi de probable conjuntivitis o bé episcleritis a l'ull esquerre. Una setmana després s'afegiren lesions cutànies, de predomini a les extremitats superiors, asimètriques, asimptomàtiques, sense febre. Artràlgies associades i cap altra clínica acompanyant. Exploració: Lesions papuloses pseudovesiculoses, eritematoses, de predomini a les extremitats superiors. Proves complementàries: Analítica amb anèmia normocítica normocròmica; PCR, 39; sense leucocitosi ni neutrofília. Biòpsia de la lesió: Dermis amb infiltrat inflamatori perivascular, amb limfòcits, histiòcits, neutròfils i alguns eosinòfils, i intersticial, amb nombrosos polimorfonuclears amb leucocitoclàsia. Judici clínic: Síndrome de *Sweet*, ja que compleix els criteris majors clínics i histopatològics. Diagnòstic diferencial: Eritema exsudatiu multiforme, toxicodèrmies, erisipela, malaltia de Behçet i malalties del teixit connectiu.

Tractament i plans d'actuació: Glucocorticoides, 1 mg/kg/dia, amb reducció progressiva després de 3-6 setmanes i control evolutiu de les lesions.

Evolució: A la setmana, millora clínica de les lesions. Poliartràlgies i afectació ocular en resolució.

Conclusions: Tot i que la principal etiologia de la síndrome de *Sweet* és idiopàtica, s'ha de tenir en compte la seva possible vinculació amb causes infeccioses, connectivopaties i neoplàsies i, especialment, causes malignes d'origen hematològic, com la leucèmia mieloide aguda. Per això, davant de lesions papuloses eritematoses associades a clínica sistèmica, com són en el nostre cas les artràlgies i l'episcleritis, hem de pensar en la síndrome de *Sweet*.

Noemi de Miguel Llorente
Laura Pérez Flores
María José Gómez Córdoba
Teresa Salud Pijuan

Contacte:
tsalud.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6454

Escola de salut de gent gran. Decidim el seu futur amb la comunitat

Objectius: Millorar el projecte de l'escola de salut per combatre la soledat no desitjada amb activitats que fomentin la cura d'un mateix i el benestar emocional, tot fent xarxa social i creant vincles. Posar els participants com a actors principals, empoderant-los perquè manifestin quines activitats volen que siguin inclosos en les properes edicions de l'escola. Potenciar accions de l'equip d'Atenció Primària (EAP) dirigides cap a un model d'actius, tot establint una relació més igualitària amb els participants.

Descripció: La valoració qualitativa de l'escola es va realitzar amb una sessió tipus coffee voice, amb pluja d'idees sobre els temes tractats, la valoració i els projectes de futur. Moderaven els professionals de comunitària, que recollien les impressions i fomentaven la participació de tothom. El registre de la sessió va aportar informació molt valuosa per conèixer la comunitat. Aquesta va manifestar les seves necessitats i va proposar actius a incloure en les properes edicions.

Conclusions: En l'anàlisi del resultats hem vist que per saber si els objectius s'assoleixen els qüestionaris són insuficients. Hi ha aspectes que no hi queden reflectits. Conviure amb els participants durant les sessions permet al observació de com es trenca la solitud, es creen noves aliances, es comparteixen experiències i es dona suport, tot empoderant-se.

Aplicabilitat: Les escoles de salut són projectes reconeguts. Si, a més, impliquem els participants en decisions sobre com han de ser i a quines necessitats han de donar resposta, es converteixen en un repte per conèixer el territori i fer aliances amb tots els recursos existents, així com en un eina magnífica per treballar amb la població cap a un model basat en les fortaleses i no en les debilitats de la comunitat.

Open Acces creative commons

¡La palidez tras el verano no cuadra!

Marta Besa Castellà
Rut Aparicio de Castro
Carmen Durán Jiménez
Ainhoa Baztán Hornillos

Contacte:
ainhoa.bhc@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6487

Ámbito: Atención Primaria pediátrica.

Motivo de consulta: Revisión del niño sano.

Historia clínica: Niño de 6 años procedente de la India, migrado a España hace 4 años. Madre con anemia. El triángulo de evaluación pediátrica detectó palidez mucocutánea sin alteraciones respiratorias, ni en apariencia ni en la exploración física. En la anamnesis dirigida solo destacó astenia en esfuerzos y la escasa ingesta de carne. La analítica objetivó hemoglobina de 4,0, volumen corpuscular medio (VCM) de 59, serie linfática normal (10.300), eosinofilia moderada (2.530) y plaquetopenia (43.000), por lo que se derivó a urgencias hospitalarias con diagnóstico diferencial de anemia carencial más infección helmíntica o bien inmunodeficiencia (como el síndrome de Job o infección por VIH).

Evolución: Se realizó trasfusión sanguínea con recuperación rápida de hematocrito. Se confirmó ferropenia y déficit de folatos, por lo que se comenzó terapia de suplementación. Se cursó coprocultivo y se administró albendazol empírico, con disminución de eosinofilia y buena evolución.

Conclusiones: Cabe destacar la utilidad del triángulo de evaluación pediátrica en primaria. Esta herramienta rápida para la exploración inicial del paciente pediátrico estructuró la valoración subjetiva del sanitario y permitió identificar la palidez como primer signo clave en el cribado. El estudio familiar y de las costumbres de la comunidad atendida es indispensable. En la India la religión que prima es el hinduismo, donde la ingesta de carne vacuna se considera un acto profano. Esto no tiene relevancia en el país de origen, puesto que se dispone de sustitutos en otros alimentos no presentes en España (así que aquí hay más riesgos carenciales). La presencia de eosinofilia sin síntomas alérgicos tiene como primera sospecha una parasitosis por helmintos. La plaquetopenia y la anemia se explicarían por la pérdida de sangre a nivel intestinal o urinario (según la colonización). Otras causas podrían ser el VIH (infrecuente en pediatría) o inmunodeficiencias genéticas (de baja incidencia).

Vacunem de la grip als majors de 64 anys amb la vacuna més indicada segons l'edat i la morbiditat?

Andrea Sánchez Callejas
Purificación Robles Raya
Nemesio Moreno Millán
Maria Lluïsa Morató Agustí
Ariadna Mas i Casals
Jenny Anaya Iglesias

Contacte:
avsanchez.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6519

Introducció: A Catalunya, en les dues últimes campanyes de la grip hi ha hagut més de 1.000 hospitalitzacions/any i 145 i 175 morts, respectivament, produïdes per la malaltia, de les quals un 70% eren majors de 64 anys. L'efectivitat de la vacuna es redueix amb el pas dels anys (al voltant del 40% en majors de 64 anys i entre el 60 i el 70% en més joves). Per millorar l'efectivitat de la vacuna en la gent d'edat avançada s'utilitza una vacuna d'immunogenicitat reforçada (coadjuvada), Chiromas®, indicada només per a majors de 65 anys i amb la indicació específica de prioritzar-ne l'ús en persones d'edat avançada o que pertanyin a grups de risc. L'altra vacuna disponible a l'Atenció Primària és Chiroflu®, de subunitats i menys immunògena.

Objectiu: Esbrinar si en els majors de 65 anys s'està utilitzant Chiromas® enlloc de Chiroflu®, en les persones més vulnerables tant per la seva edat com pels factors de risc.

Material i mètodes: Estudi: Descriptiu transversal. Població: Majors de 65 anys assignats als EAP de Barcelona ciutat de l'Institut Català de la Salut i vacunats en la campanya antigripal del 2018-2019. Variables de l'estudi: Edat, sexe, tipus de vacuna (Chiromas®/Chiroflu®), grups de morbiditat ajustats (GMA), comorbilitats.

Resultats: Es van incloure 234.762 pacients, amb una edat mitjana de 77,14 anys (DS: 7,89). El 59,7% eren dones. Es vacunà més amb Chiroflu® que amb Chiromas® els pacients amb GMA 4; en canvi, s'utilitzà més Chiromas® en els GMA1, 2 i 3 ($p < 0,001$). Als majors de 75 anys també se'ls vacuna més amb Chiroflu®. En els pacients institucionalitzats, s'utilitza més Chiromas® que Chiroflu®. Entre aquells amb infeccions respiratòries, hi havia més vacunats amb Chiroflu® que amb Chiromas® ($p = 0,015$).

Conclusions: Cal tenir més present que Chiromas® és molt més immunògena i que cal reservar-la per als pacients més vulnerables.

Open Acces creative commons

Carlota Faci
Anna Riera Reina
Eva Raidó
Antonio Tintó Padró
Carlos Alvarado
Ana Cid Prados

Contacte:
anacidprados@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6584

La importancia de otra mirada

Hombre de 75 años, valorado por primera vez en la consulta.

Antecedentes personales más relevantes: Hipertensión arterial, fibrilación auricular, anemia no especificada y una reseña de duelo por su mujer, fallecida hace unos 4 años.

El paciente acude refiriendo dolor en ambas piernas y parestesias de años de evolución. La exploración musculoesquelética no aprecia focalidad y sugiere etiología sensitiva de neuropatía.

Reinterrogado el paciente sobre su entorno, indica que es viudo y que durante años fue el cuidador de su esposa. Reconoce que no come muy bien, conforme avanzan las explicaciones; su alimentación está basada en caldo casero y pan. Una vez a la semana se va al bar a tomar huevos con patatas fritas.

Se solicita una analítica en la que se confirma una anemia macrocítica con niveles de vitamina B12 < 74 pg/ml.

Se confirma el diagnostico de anemia por déficit de vitamina B12 y neuropatía secundaria.

La pauta de tratamiento es ciancobalamina, 1.000 mcg/día la primera semana; y 1.000 mcg/semana durante 4-8 semanas y 1.000 mcg/mes de mantenimiento.

Ante la duda de la pauta de tratamiento intramuscular en paciente con Sintrom®, se contacta con hematología, que indica espaciar la dosis y combinarla con suplementos orales, sin especificar una pauta concreta.

Se plantean al paciente cambios en la alimentación, que rechaza tajantemente.

Se prescribe ciancobalamina, 1.000 mcg/semana durante 6 semanas y suplemento oral diario con repetición de la analítica. Revaluado a los 15 días, el paciente refiere mejoría parcial y mantiene su dieta habitual.

Destacamos: La importancia de la valoración de pacientes crónicos con otra mirada, lo que acontece cuando hay cambios de facultativo. La reinterrogación más cuidadosa de los hábitos alimentarios y del contexto social. Aceptación de decisiones propias del paciente: Él mantiene su dieta. Mejoría de la comunicación con especialistas, con información más eficiente.

Alfonso Javier Pérez Jiménez
Iván Fernando da Fonte Fortunato
Cristina Sánchez Luna

Contacte:
crissl92@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6587

Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia

Ámbito del caso: Servicio de urgencias.

Motivo de consulta: Epigastralgia.

Historia clínica: Enfoque individual: Mujer de 18 años, natural de Pakistán, sin hábitos tóxicos. Presenta trastorno del metabolismo lipídico congénito, con dos episodios previos de pancreatitis aguda; diabetes secundaria a insuficiencia endocrina pancreática. Tratamiento actual: Insulinoterapia, ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y orlistat. Consulta por epigastralgia que aumenta con la ingesta, sin náuseas, vómitos, fiebre, coluria ni acolia. Mal cumplimiento dietético y cambio de tratamiento farmacológico hace 2 meses, sin control posterior (reducción de la dosis de orlistat). A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente, afebril. En la exploración destaca dolor a la palpación epigástrica, sin defensa ni datos de irritación peritoneal. Se realiza analítica: Destaca lipasa de 2.492 U/l y amilasa 247 U/l, el resto sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal que descarta litiasis biliar e informa de esteatosis hepática moderada. Enfoque familiar: Existe consanguinidad paterna lo que favorece que presente un déficit de lipoproteinlipasa (LPL) en homocigosis. Juicio clínico: Se ingresa a la paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia. Tratamiento y evolución: Dieta absoluta e inicio de sueroterapia. A las 24 horas, reinicio de la alimentación. Posteriormente presenta mejoría de valores analíticos y excelente estado general, sin dolor abdominal y buena tolerancia a la ingesta oral. Finalmente es dada de alta, con refuerzo de la importancia de la adherencia dietética, reinicio de la actividad física y ajuste de tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda. La presentación clínica es similar a la de las pancreatitis agudas de otras etiologías, pero presenta un curso más tórpido y recurrente. El tratamiento agudo es conservador. El objetivo del tratamiento es alcanzar niveles de triglicéridos inferiores a 500 mg/dl y la dieta cebe ser muy baja en grasa, tratamiento de elección, y se pueden asociar también fármacos o técnicas de plasmaféresis.

Open Acces creative commons

Lesvimar Alexandra Possamai Berrios
Mercè Solà Gonfaus
Bàrbara Benach Barberà

Contacte:
barbara.benach@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6606

Anemia hemolítica. A propósito de un caso

Radiografía de tórax: Sin hallazgos. Ecocardiograma: Descarta valvulopatías. Ecografía abdominal: Esplenomegalia leve.

Juicio clínico: Anemia hemolítica autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica por autoanticuerpos (fríos, calientes, hemolisina bifásica a frigore) o inmunomedicamentosa.

Tratamiento: Hierro, VO, 3 meses, y derivación a hematología para filiar etiología.

Conclusiones: Es de gran importancia realizar una buena historia clínica y una exploración física completa en los pacientes que acuden a nuestra consulta, y solicitar pruebas que ayuden a filiar la etiología, ya que, en ocasiones, el origen de la anemia puede ser multifactorial, con el fin de poder evitar complicaciones y brindar un tratamiento oportuno. Con autorización previa del paciente.

María Teresa Rodellar Oncins

Contacte:
32549tro@comb.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6643

Cas d'herència mitocondrial: Heteroplàsmia de la variant M.8344A>G en el Gen MT-TK

Àmbit: Centre d'Atenció Primària urbà.

Motius de consulta: Pacient de 68 anys consulta perquè empitjora la depressió crònica, astènia, hipersòmnia, amnèsia i tremolor.

Història clínica: Des de la seva jubilació el 2012 presenta un quadre depressivoansiós, amb control per psiquiatria fins a l'alta per estabilitat. També té antecedents d'hipertensió, hiperuricèmia, diabetis mellitus de tipus 2, dislipidèmia, laringitis crònica, migranya, hipoacúsia, lipomatosi cervical i mandibular. Té quatre germanes amb una llarga història de depressió, tremolor i dolors musculars. Tractament amb amlodipina, 5 mg, enalapril/hidroclorotiazida 20 mg/12,5 mg, simvastatina 40 mg, citalopram 30 mg, al·lopurinol 100 mg, metformina 850 mg i paracetamol. En l'exploració presenta hipomímia i hipofonia, lleu tremolor de mans, rigidesa i bradicinèsia, la resta normal. Avaluació cognitiva amb sospita de deteriorament lleu: Tomografia axial computada cranial normal. Es va derivar a neurologia i a psiquiatria. El neuròleg el va diagnosticar de Parkinson i d'alteració cognitiva subcortical compatible amb malaltia psiquiàtrica de llarga evolució i va iniciar carbidopa, 25 mg, i levodopa, 250 mg. El psiquiatra va afegir reboxetina, 4,5 mg. En una visita explica que a dues de les germanes els estaven fent estudis genètics. Posteriorment els va portar: Una tenia malaltia mitocondrial amb mutació A8344G del gen MTTK DNA mitocondrial amb miopatia, atàxia, polineuropatia axonal, hipoacúsia neurosensorial, Wolf-Parkinson-White i lipomatosi múltiple; l'altra una mutació d'ADN 8344G, en un 40% d'heteroplàsmia, associada a la mioclònia amb epilèpsia i amb fibres vermelles esquinçades (síndrome MERFF). L'estudi genètic del pacient va identificar heteroplàsmia de la variant patogènica A8344G (m.8344A>G) al gen tRNALys del genoma mitocondrial (MT-TK), que podia explicar la seva clínica. Els antecedents familiars van ser claus per a sospitar-la. Les altres dues germanes s'estan fent estudi genètic. La malaltia pot afectar a músculs, cervell (epilèpsia mioclònica, atàxia, migranya, deteriorament cognitiu, trastorns psiquiàtrics, episodis semblants a stroke), sistema nerviós perifèric (polineuropatia), ulls (retinopatia), orelles (hipoacúsia neurosensorial), cor (miocardiopatia, arrítmies, defectes de conducció), tracte gastrointestinal (vòmits, alteracions de la motilitat, disfàgia), òrgans endocrins (diabetis, hipotiroïdisme, curta estatura) o teixit gras (lipomatosi).

Open Acces creative commons

María Luisa Benito Serrano
María López Toribio
Marcos Sánchez Sánchez
Adrián Díaz Castillo
Mariam de la Poza Abad
Natalia Miota Hernández

Contacte:
natt_mh@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6756

Estudio descriptivo de infecciones de transmisión sexual en un centro de Atención Primaria urbano

1. Conocer la incidencia y distribución de infecciones de transmisión sexual (ITS) en un centro de Atención Primaria (CAP).

2. Evaluar la adecuación en la atención ofrecida a los pacientes con ITS.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con recogida de información mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de sífilis, uretritis, herpes genital o vaginitis por tricomonas durante los años 2017 y 2018, pertenecientes a un CAP con una población de 19.180 personas. Se recogieron las variables: Edad, sexo, diagnóstico inicial, determinación del agente, adecuación del tratamiento, realización de educación sanitaria y cribado de otras ITS. Se realizó análisis estadístico mediante test descriptivos. Este estudio recibió la aprobación del comité de ética HCB/2019/0694.

Resultados: Se seleccionaron 57 pacientes (el 71,9% hombres) con una edad media de 31,8 años (SD 11,67). Los diagnósticos más frecuente fueron uretritis (59,6%) y herpes (19,3%). Se confirmó el agente causal en un 61%, el más frecuente fue Chlamydia trachomatis (12,3%), seguida de Neisseria gonorrhoeae (8,8%). La tasa de incidencia de 2017 y 2018 de N. gonorrhoeae fue 15,45 y 10,42, de herpes, 20,61 y 36,49, y de C. trachomatis, 10,30 y 26,06/100.000 habitantes, respectivamente. En el 77,2% de los casos se indicó el tratamiento farmacológico adecuado. Se realizó cribado de otras ITS en un 66,7% de los casos y educación sanitaria en el 40,4%.

Conclusiones: La ITS más frecuente en nuestro estudio fue la uretritis y el agente causal C. trachomatis. En la mayoría de los casos se realizó un adecuado tratamiento farmacológico y un cribado de otras ITS. En cambio, menos de la mitad recibieron educación sanitaria. Se concluye que hay que potenciar la educación sanitaria a los pacientes con ITS y aislar el agente causal siempre que sea posible.

Purificación Robles
Inés Monte
Mònica Gilaberte Ferrús

Contacte:
gilahoo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6807

Adenopatia laterocervical única en pacient jove

Pacient de 29 anys, nascut a l'Equador, que consulta per adenopatia laterocervical única de 14 dies d'evolució. No ha presentat febre ni cap altra simptomatologia, excepte una lleu odontàlgia. Ha consultat en un servei d'urgències hospitalàries, amb resultat analític bàsic (inclòs un hemograma) normal. El remeten a l'Atenció Primària per fer estudi ambulatori.

En l'exploració només destaca una adenopatia única, de 2-3 cm de diàmetre, gomosa, no adherida i no dolorosa.

Se sol·licita analítica completa, amb reactants de fase aguda i serologies múltiples. Es remet a medicina interna (unitat de diagnòstic ràpid) en previsió d'ampliar l'estudi i coordinar una biòpsia. Es remet a odontologia del centre, que descarta patologia dental.

Després de 48 hores, el pacient inicia febre alta i consulta a urgències per inflamació parotídea esquerra. Se'l remet a domicili amb indicació d'aïllament preventiu durant 9 dies.

D' acord amb l'epidemiologia hospitalària es cursa PCR de saliva, que confirma el diagnòstic de parotiditis 6 dies després.

Posteriorment, el pacient consulta per reinici de febre elevada i dolor testicular.

Es confirma ecogràficament a urgències la sospita d'orquiepididimitis.

En pacients joves amb adenopaties de menys de 15 dies d'evolució, la primera causa és la malaltia infecciosa. Cal tenir en compte l'estat vacunal del pacient per a una millor valoració. És necessària una bona coordinació entre nivells assistencials (i amb els departaments d'epidemiologia) per a la detecció, seguiment i prevenció de malalties contagioses.

Open Acces creative commons

Mariano de la Figuera Von Wichmann
María Condom Siñol
Patricia Montenegro Lafont
Mariona Teixidor Camps
Fernando Lajara Navarro
Gregorio Aznar García

Contacte:
gregorioaznar4@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6833

Cas clínic. No tot són malalties cròniques complexes

Home de 81 anys, jubilat, independent per a les activitats de la vida diària i les instrumentals, que acut a una visita programada amb el seu metge de família per dolor de l'extremitat superior esquerra. Com a antecedents rellevants, és fumador ocasional, hiperglicèmia simple sense diagnòstic de diabetis i síndrome mielodisplàstica d'anys d'evolució, tipus AREB1, amb un 6% de blasts, de risc intermedi, amb neutropènia crònica en seguiment per hematologia a l'hospital terciari de referència.

En la visita actual, el pacient refereix dolor a la cintura escapular, amb limitació de la mobilitat i que respecta el descans nocturn. No refereix traumatisme ni esforç previ, tampoc febre ni pèrdua de força a l'extremitat. En l'exploració no refereix dolor articular a la palpació, ni al moviment actiu o passiu, amb sensibilitat i força conservades. No hi ha augment de temperatura local a nivell articular. Exploració neurològica normal.

Per l'anamnesi i l'exploració física plantegem el diagnòstic diferencial amb les següents patologies: Artropatia degenerativa, inflamatòria o metabòlica. Tendinitis calcificant, capsulitis adhesiva. Cervicàlgia. Tumors hematològics (síndrome mielodisplàstica, limfoma, mieloma). Malalties reumatològiques (espondiloartropatia, malaltia del teixit connectiu, miopatia inflamatòria).

Se sol·licita una analítica. Destaca PCR de 23 mg/l i velocitat de sedimentació globular (VSG) de 51 mm/h. També es realitza una radiografia d'espatlla, amb signes d'augment de parts toves. S'inicia tractament amb prednisona oral, amb resolució total del dolor 15 dies després, pel que es diagnostica de polimiàlgia reumàtica.

Aquest cas il·lustra molt bé una tasca molt important que realitza el metge de família en el sistema sanitari: La visió global dels problemes del pacient. No pel fet que el pacient estigui en seguiment a un hospital de tercer nivell per un metge especialista hem d'atribuir els símptomes a la malaltia diagnosticada, sinó que cal que valorem els altres possibles diagnòstics i donem una atenció completa.

Yaiza Villagrasa Salagre
Emma Moldes Cayuela
Verónica Mate García

Contacte:
veronicamg07@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6848

Detrás de un dolor lumbar

Ámbito: Atención Primaria (AP).

Motivo de consulta: Dolor lumbar con irradiación.

Antecedentes personales: Dislipidemia. Hombre de 53 años con dolor lumbar irradiado a las extremidades inferiores, hasta el glúteo, de 2 meses de evolución y asociado a sobreesfuerzo físico.

Exploración física: Cifosis importante, escoliosis dorsal. Extensión molesta, el resto de movimientos normal. Signos de Lasègue, Bragard y Moragas negativos. Marcha, fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados. Tras 2 meses, dolor incapacitante y clonías, insomnio e hipoestesia. Radiografía cervical-dorsolumbar: Disminución discal de C6-C7, escoliosis dorsal derecha e hiperlordosis. Resonancia magnética (RM): Lesión ósea sacra (¿cordoma?). Analítica: Hemoglobina, 114 g/l; componente monoclonal inmunoglobulina G kappa, 57,34 g/l. Cadenas ligeras kappa 9,71 mg/dl y lambda 0,24 mg/dl, ratio 40,46. Electromiografía: Afectación sensitiva de S1 con irritabilidad izquierda sin afectación motora. RM con contraste: Lesiones focales intramedulares de los cuerpos vertebrales lumbosacros, >S1 e ilíacos, captantes. Sugestivo de diseminación metastásica. Tomografía axial computarizada (TAC): Múltiples lesiones óseas líticas difusas (>sacro: Forámenes sacros superiores, acetábulo izquierdo y D8 con retropulsión), compatible con mieloma múltiple (MM) o M1. Aspirado medular: 70% células plasmáticas; inmunofenotipo, 16%; fenotipo aberrante. Citogenética normal. Hibridación in situ fluorescente (FISH): p53, t4;14 y cr1 negativos. Orina de 24 h: Proteinuria de 0,48 g/24 h. Uroproteinograma: Banda monoclonal gamma. Inmunofijación: Paraproteína (CM) 0,17 g/l (IgG-kappa).

Juicio clínico y diagnostico diferencial: Diagnóstico de MM IgG Kappa e.IIIA con anemia y afectación ósea y plasmocitomas. Inicialmente se plantearon discopatías y otras patologías del canal vertebral. Ante el dolor incapacitante y la hipoestesia se planteó cordoma, diseminación metastásica y otros tumores óseos primarios. Con las pruebas se llegó al diagnóstico definitivo.

Tratamiento y planes de actuación: Ante la sospecha inicial de lumbalgia benigna se iniciaron analgesia y relajantes musculares. Ante la progresión se inició rehabilitación y mórficos. Con el diagnóstico definitivo se desestimó la cirugía y se decidió por un tratamiento de radioterapia y quimioterapia.

Conclusiones: Pese a que la mayoría de las lumbalgias visitadas en AP son benignas, no debemos olvidar otras causas. Es importante detectar signos de alarma para solicitar pruebas complementarias, aunque no siempre son necesarias más pruebas.

Open Acces creative commons

Ángor, hematuria y apoyo familiar

Emma Magraner Oliver
Sonia Mamani Palomino

Contacte:
smamani13@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6853

Ámbito del caso: Urgencias, Atención Primaria y hospital.

Motivo de consulta: Hematuria macroscópica crónica.

Historia clínica: Paciente de 74 años, exfumador desde los 50 años, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, insuficiencia renal crónica en estadio 3 y poliposis intestinal. El paciente acudió a urgencias por ángor hemodinámico en contexto de hematuria y fue transfundido con tres paquetes globulares. Dos días después fue acompañado por la familia refiriendo hematuria de tres meses de evolución que el paciente se negaba a consultar. Exploración física: Consciente y orientado, hemodinámicamente estable, piel pálida. Ruidos cardiacos rítmicos con soplo sistólico III/VI y foco aórtico. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos conservados. Sin edemas.

Estudio de la familia: El paciente está casado, tiene buen soporte familiar y es la familia la que insiste en consultar, ya que el paciente se negaba por temor al diagnóstico.

Juicio clínico: Hematuria crónica.

Plan: Ecografía renal urgente con resultado de ectasia de grado II en vía intrarrenal derecha. Tomografía axial computarizada (TAC): Tumoración vesical en pared posterior y lateral derecha de 5 x 7,8 cm, que se extiende desde el área prostática hasta el techo vesical y que obstruye el uréter derecho. Analítica de sangre: Creatinina, 2,98 mg/dl; filtrado glomerular (FG), 20 ml/min/m^2; hemoglobina, 6 g/dl. Uretrocistoscopia: Neoplasia vesical sólida en la cara lateral derecha. Citología positiva. Fue intervenido de una nefrostomía derecha para la desobstrucción ureteral y posteriormente de cistectomía radical + linfadenectomía ilioobturatriz bilateral (LFND) + conducto ileal de tipo Bricker.

Antecedentes personales: Carcinoma urotelial, pT4N0Mx. El paciente evolucionó favorablemente y tras dos años de seguimiento se mantiene libre de enfermedad.

Conclusiones: La presencia de hematuria macroscópica es motivo de consulta urgente, pero en este caso el paciente lo ocultó durante meses por temor al diagnóstico y tratamiento. La participación de la familia en este caso fue imprescindible para que el paciente consultara, continuara con las pruebas y finalmente fuera intervenido.

Intervenció grupal per fer educació nutricional en una àrea bàsica de salut de ciutat

Esteban Viciana Nieto
Núria Tarraubella Balanyà
Marta Alfonso Roigé

Contacte:
malfonsoroige@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6897

Objectiu: Descriure el perfil dels usuaris que assisteixen a una activitat d'educació nutricional per perdre pes en una àrea bàsica de salut (ABS).

Material i mètodes: Estudi descriptiu transversal. Inclusió de pacients amb obesitat no mòrbida que volen perdre pes. Es realitza a consulta d'infermeria d'ABS. 56 subjectes inclosos, 21 que responen, 35 que abandonen. Tres sessions grupals d'educació nutricional.

Variables: Dades antropomètriques, antecedents patològics, compliment de la dieta mediterrània, assistència a les sessions. Els mètodes d'avaluació de la resposta són l'assistència a les sessions i la pèrdua de pes.

Limitacions: Elevat nombre d'abandonaments.

Resultats: Es descriuen dos grups amb pacients que compleixen els criteris per a realitzar l'activitat. El primer és un grup que s'inicia el mes de gener, l'altre, l'abril de 2019. Es van seleccionar 30 pacients per al grup de gener, d'ells en van participar 11; i 26 per a l'abril, i en van participar 10. La mitjana d'edat d'ambdós grups és lleugerament superior al grup d'abril (60,4 vs. 51,72). Pel que fa a l'adherència a la dieta mediterrània, en el grup de gener l'adherència és bona en 1 pacient (>10 punts) i en 8 és baixa (<8 punts). En el grup d'abril l'adherència no es va poder avaluar en 7 pacients; en els 3 pacients que van realitzar el test l'adherència era baixa.

Conclusions: Per obtenir dades més representatives s'hauria d'ampliar el nombre de persones que assisteixen a l'activitat grupal o s'hauria de valorar la realització d'una intervenció individual.

Open Acces creative commons

Marta Gelpí Piera
Lidia Ros Laso
Eva Xicola Coromina

Contacte:
eva.xicola@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6901

Dural o banal?

Àmbit del cas: Atenció Primària, serveis d'urgències.

Motius de consulta: Tumoració al cap.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Problema infantil a les sutures cranials. Anamnesi: Home de 47 anys amb tumoració a la calota cranial. Fa 1 setmana que l'ha notada. Sense cap altra clínica. Exploració: Tumoració de 2 cm aproximadament, tova i amb pols, s'ausculta batec a la zona de la fontanel·la posterior/sutura sagital.

Proves complementàries: Ecografia de parts toves (medicina privada): Lipoma. Ecografia: Vasos amb flux arterial de molt baixa resistència que indiquen comunicació arteriovenosa, fístula arteriovenosa dural. Interconsulta de neurologia: Angio-ressonància magnètica (angio-RM). Angio-RM i angiografia cerebral: Fístula dural al vèrtex.

Enfocament familiar i comunitari: Sense antecedents familiars rellevants. Judici clínic: Pacient amb tumoració d'aparició ràpida. Inicialment, el pacient s'ho volia drenar al domicili. En l'exploració, al detectar pols a la lesió, s'orienta com a problema vascular.

Diagnòstic diferencial: Abscés cutani, lipoma, quist epidermoide, malformació vascular.

Identificació de problemes: Lesió cutània que es va confondre amb lipoma i abscés que podria haver compromès la vida del pacient.

Tractament i plans d'actuació: Pendent d'intervenció quirúrgica.

Evolució: El pacient es manté asimptomàtic quant a símptomes neurològics. La tumoració ha augmentat lleument de grandària i és més dura.

Conclusions: Cal fer una exploració física de les tumoracions i avaluar les proves que rebem per donar una correcta interpretació.

Paraules clau: Lipoma, fístula arteriovenosa.

Sandra Paredes Garcia
Daniel Cortés Rodríguez
Nuria López Batet

Contacte:
nlopezbatet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6915

Síncope vasovagal

Hombre de 68 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus de tipo 2, dislipidemia, asma e hiperplasia benigna de próstata. Consulta por episodio sincopal en su domicilio, una hora antes. El día anterior había presentado un episodio similar. Niega dolor torácico. En la exploración destaca una frecuencia cardíaca de 40 ppm. El resto de la exploración física es anodina. No hay focalidad neurológica.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza un electrocardiograma que muestra un bloqueo auriculoventricular (AV) completo, con ritmo de escape a 35 ppm, que alterna con algún QRS estrecho con onda Q y supradesnivel ST 2 mm.

Orientación diagnóstica: Se orienta como bloqueo AV completo y posible síndrome coronario agudo asociado. Se traslada a urgencias con ambulancia medicalizada. En urgencias, los marcadores cardíacos resultan positivos y el ecocardiograma de urgencias muestra segmentarismo inferior. Ante la sospecha de un síndrome coronario agudo se realiza cateterismo urgente: Con oclusión de la coronaria derecha proximal (>48 h) y con circulación colateral heterocoronaria. Estenosis significativas de circunfleja y descendente anterior. Al tratarse de una oclusión larga de la coronaria derecha en fase subaguda, con pobre visualización del vaso distal, no se considera tributaria de revascularización en un primer momento. Se consigue revascularización de la descendente anterior con colocación de stent e implantación de marcapasos definitivo.

Diagnóstico diferencial: Síncopes vasovagal y cardiogénico.

Comentario final: El infarto agudo de miocardio (IAM) inferior representa aproximadamente la mitad de las posibles localizaciones del IAM. El IAM inferior representa infartos no muy extensos, con mejor función ventricular y menor incidencia de complicaciones que el IAM anterior. Sin embargo, la presencia de un bloqueo AV completo en el curso del IAM inferior (entre un 9 y un 12% de los casos), representa infartos extensos y se asocia a mayor mortalidad. Además, la presencia de bloqueo AV completo se ha relacionado con enfermedad multivaso y obstrucción de la arteria coronaria descendente anterior.

Open Acces creative commons

Neus Perez Manyà
Lluís Cuixart Costa
Esther Cordero Fernández
Nariman Chahboun el Messaoudi
Carla Cabrera

Contacte:
llcuixart@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6919

Antidepressius i anticoagulants orals antagonistes de la vitamina K, estranys companys de viatge?

Les guies de pràctica clínica per al maneig de la depressió amb fàrmacs antidepressius per als pacients amb fibril·lació auricular no valvular (FANV) que necessiten tractament anticoagulant oral (TAO) amb una antagonista de la vitamina K (AVK) indiquen que cal evitar els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS), els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina i la noradrenalina (IRSN) i els antidepressius tricíclics (ATC), i que s'hauria d'utilitzar amb precaució venlafaxina/duloxetina, pel risc d'hemorràgies. Es proposa l'ús de mianserina, mirtazapina, reboxetina o trazodona.

Objectiu: Avaluar la prescripció de fàrmacs antidepressius en pacients amb FANV en tractament amb un AVK.

Metodologia: Estudi descriptiu, tranversal, retrospectiu de la valoració de tots els pacients amb FANV tractats amb AVK i amb fàrmacs antidepressius en un centre d'Atenció Primària urbà. Mostra: Se seleccionen tots els pacients tractats amb AVK i fàrmacs antidepressius de cinc metges del centre d'Atenció Primària.

Resultats: Nombre de pacients amb AVK, 145; amb AVK i fàrmacs antidepressius, 28(19,31%). Edat mitjana: 80,9 (SD: 8,25). Rang: 58 a 93. Dones: 75%. Perfil del pacient: Hipertensió arterial (75%), diabetis mellitus (28%), cardiopatia isquèmica (25%), insuficiència cardíaca (35,7%), ictus (28,6%), insuficiència renal amb filtració glomerular inferior a 30 (25%), malaltia pulmonar obstructiva crònica/asma (14,3%), demència (25%), Hàbits tòxics: Tabac (14,3%) i alcohol (3,6%). Pacients crònics complexos (PCC; 39,29), amb malaltia crònica avançada (MACA; 3,6%), caigudes freqüents (14,3%). AVK: Acenocumarol (85%), warfarina (14,3%). Complicacions hemorràgiques: Cap (82,1%), epistaxi (7,1%), rectorràgia (3,6%), hematúria(3,6%), metrorràgia(3,6%). Complicacions isquèmiques: Arteriopatia perifèrica (3,6%). Nombre de fàrmacs: 10,7 (SD: 4,03). Rang: De 3 a 17. Pacients amb fàrmacs antidepressius: Paroxetina (17,9%), citalopram (25%), sertralina (25%), trazodona (25%), mirtazapina (3,6%), mianserina (3,6%). Fàrmacs recomanats: 32,1%. No existeixen diferències d'edat entre el pacients tractats amb fàrmacs recomanats i amb fàrmacs no recomanats (odds ratio [OR]: 0,99; p = 0,9. IC 95%: 0,91 a 1,1). Els pacients PCC i amb demències tenen un percentatge més elevat de fàrmacs no recomanats (p = 0,03 i p = 0,8, respectivament). Els pacients amb fàrmacs no recomanats han presentat el 80% de les complicacions hemorràgiques.

Discussió: L'elecció del fàrmac antidepressiu en un pacient amb FANV tractat amb AVK és difícil, ja que les recomanacions actuals prioritzen fàrmacs antidepressius que no són els d'elecció habitual: Trazodona, mianserina, mirtazapina. En el nostre estudi, un terç dels pacients tenien prescrit un fàrmac recomanat, essent la trazodona el més utilitzat. Els pacients PCC i amb demència són els que més utilitzen fàrmacs no recomanats, probablement per les interaccions i efectes secundaris d'aquests en comparació amb els als ISRS. La majoria de les complicacions hemorràgiques han aparegut en pacients tractats amb antidepressius no recomanats.

Verónica Cusati Velazco
Joan Josep Cabré Vila
María del Pilar Vaquer Gracia

Contacte:
mdpvg94@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6922

Un caso de «infarto»

Antecedentes: Exfumador. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus de tipo 2. Cardiopatía isquémica con angina de esfuerzo, que precisó dos stents (2004 y 2014), en tratamiento con doble antiagregación, nitroglicerina, bisoprolol, atorvastatina e indapamida. Neoplasia endocrina múltiple con gastrinoma pancreático con pancreatectomía distal, hiperparatiroidismo primario con paratiroidectomía, microadenoma hipofisario y carcinoma de pulmón con lobectomía, que requirió parche pericárdico.

Enfermedad actual: Hombre de 58 años que acude por dolor centrotorácico opresivo de inicio en reposo, que se exacerba con la inspiración profunda. A las cuatro horas se incrementa el dolor, con irradiación al cuello, palidez, sudoración, náuseas y un vómito. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, hipofonéticos, sin roces. El electrocardiograma objetiva inversión de ondas T en V3-V6. Se administra nitroglicerina y morfina y se deriva al hospital, donde se incrementan las dosis y se consigue mejoría clínica. Se inicia heparina y doble antiagregación. Se realiza una coronariografía que muestra permeabilidad de los stents, sin lesiones coronarias. En la analítica destacan la ausencia de elevación de los marcadores de necrosis miocárdica, leucocitosis y neutrofilia. En planta se completa el estudio con resonancia magnética (RM) cardiaca, cuyos resultados son normales. Con ello se diagnostica pericarditis aguda y se pauta un tratamiento antiinflamatorio, con mejora clínica.

Conclusiones: Una correcta anamnesis habría permitido diferenciar un infarto de una pericarditis. En esta última, el dolor aumenta con la tos o el decúbito y mejora sedestando con el tronco hacia delante. Además, el paciente explicaba un incremento del dolor con los movimientos respiratorios y en el historial del paciente constaba el antecedente de intervención quirúrgica pulmonar con parche pericárdico. Por otro lado, la leucocitosis y la negatividad de las troponinas refuerzan el diagnóstico. En este caso, la coronariografía y la RM cardíaca eran innecesarias para el diagnóstico, lo que suponiendo iatrogenia y un mal uso de los recursos sanitarios, que se podía haber evitado, como se ha dicho, con una buena historia clínica.

Open Acces creative commons

Construïm un mapa d'actius amb i per a la comunitat

Teresa Salud Pijuan
Maria José Pardo Remesal
Noemí de Miguel Llorente
Manuel Adamini

Contacte:
mjpardo.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6930

Objectius: Aconseguir que la comunitat participi en totes les fases del mapatge. Oferir un espai a les veïnes i veïns per fer xarxa i liderar la recerca d'actius. Crear una eina amable per fer recomanacions socials

Descripció: L'any 2018 sorgí la necessitat de disposar d'un mapa de recursos útil per als professionals i per a la població. Als professionals els calia una eina pràctica per fer recomanacions d'actius des del centre d'Atenció Primària (CAP) i des de serveis socials, però aquests actius havien de ser reconeguts per la comunitat. S'inicià una taula amb tècnics de diferents àmbits, però en aquest espai mancava el més important, la comunitat. Per això, l'any 2019 va néixer un grup motor amb veïnes i veïns i membres de la taula, amb seu al CAP. Ràpidament el grup s'identificà amb el projecte i sorgiren el nom i el lema que es va fer visible després a tot el barri. Les veïnes i veïns visitaren diferents espais per promoure-ho. Al març es convocà a les entitats de barri a conèixer el grup i, poc a poc, l'eina es va omplint. Un formulari en línia permet recollir i actualitzar les dades que es carreguen a l'eina. Ja s'ha pogut presentar als professionals del territori i aviat s'iniciarà el pilot. Durant l'any 2020 es preveu la presentació del projecte a tot el barri.

Conclusions: Cal conèixer i reconèixer tota la riquesa d'actius i posar-la en coneixement de la comunitat. Però, per això, cal iniciar un procés que contempli la seva participació. El mapa i l'eina s'han de mantenir vius amb la implicació de les entitats i de les veïnes i veïns.

Aplicabilitat: Cal dissenyar projectes atractius que posin en el centre dels processos comunitaris les veïnes i veïns, acompanyant-los en el treball en xarxa. El camí els empodera, nodreix la xarxa i enforteix la salut i el benestar del grup.

¡Sangrado anal persistente!

María Eugenia Adzet Riba
Delia Gabriela Granda Juca

Contacte:
dgabegranda2013@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6933

Mujer de 63 años, que trabaja en la limpieza y sin hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, estreñimiento crónico, osteoporosis con fractura de L3-L4, ansiedad-depresión, fibromialgia, migraña sin aura y artrosis de cadera.

Antecedentes familiares: Hermana con 56 años con neoplasia de mama y gástrica. Empeoramiento del estreñimiento habitual con heces caprinas de tipo Bristol 1, dolor anal de moderada intensidad no irradiado, tenesmo rectal y rectorragia de rojo rutilante, junto a la defecación, tiempo de evolución de 1 semana. Ha tomado laxante y dieta con fibra, sin mejoría. Sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias, peristaltismo normal, dolor leve a la palpación profunda en el hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: Dolor a la palpación del canal anal y dedo de guante negativo.

Análisis: Normal.

Sangre oculta en heces: Positiva en tres muestras.

Primera fibrocolonoscopia (medicina privada): Hemorroides internas y externas congestivas de mediano volumen, friables al roce del endoscopio. Fisura anal a las seis, recubierta de hemantina negruzca. Por persistencia de la clínica y porque al tacto rectal se palpa una tumoración dolorosa con dedo de guante negativo, se decide derivación a cirugía preferente para tratamiento de las hemorroides internas. Se realiza una segunda fibrocolonoscopia en el hospital de referencia con resultado de una masa que afecta unas ¾ partes de la circunferencia (mide unos 30 mm de longitud), con patrón vascular irregular, indurada al tacto con la pinza y que plantea proceso neoproliferativo. Anatomía patológica: Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado.

Juicio clínico: Rectorragia a estudio.

Diagnóstico diferencial: Hemorroides, fisura anal, cáncer del tubo digestivo, colitis ulcerosa, diverticulitis y angiodisplasia.

Comentario final: La importancia del seguimiento clínico y de la escucha del paciente a pesar de las pruebas complementarias que nos aportan información. Dada la persistencia de la sintomatología, debemos plantear diagnósticos diferenciales y buscar otras ayudas para poder llegar a una mejor resolución del caso.

Diagnóstico diferencial: Hemorroides, fisura anal, cáncer del tubo digestivo, colitis ulcerosa, diverticulitis y angiodisplasia.

Open Acces creative commons

Jana Avello Álvarez

Contacte:
jana.salv@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6934

Enfermedad gastrointestinal y eosinofilia

Se presenta el caso de un paciente de 72 años, con hipertensión arterial como único antecedente medico destacable; que acude a su médico de Atención Primaria porque presenta un cuadro de 2 semanas de evolución de hiporexia, distensión abdominal, vómitos intermitentes, diarrea semilíquida, aerogastria con eructos y meteorismo, tras un viaje dentro de territorio nacional.

El cuadro clínico se desarrolla a lo largo de 3 meses en los que Atención Primaria coordina una serie de pruebas diagnósticas y derivaciones oportunas a especialistas de medicina interna, digestivo y hematología hasta conseguir un diagnóstico definitivo y el consecuente tratamiento resolutivo.

Durante el proceso diagnóstico resaltan una tomografía axial computarizada (TAC) y una resonancia magnética (RM) abdominal con resultado de diverticulosis del colon izquierdo, Helicobacter pylori negativo. Gastroscopia: Pequeña hernia hiatal con mucosa preservada, cardias incompetente, pangastritis con zonas de MI. Colonoscopia: Normal hasta el ciego, 14 pólipos de colon, diverticulosis de sigma, hemorroides internas de primer grado. Analítica de sangre: Eosinofilia en sangre periférica del 41,1%.

El póster presenta más ampliamente el diagnóstico diferencial, que abordamos en la sesión clínica desde nuestro centro de Atención Primaria, de las posibles patologías que presentaba el paciente, a saber: Parasitosis Intestinal (anisakiasis), gastroenteritis eosinofílica, alteración hemática (síndrome hipereosinofílico, mastocitosis, leucemia, linfoma) con la resolución diagnóstica final de gastroenteritis eosinofílica y la evolución actual del paciente en tratamiento activo con corticoterapia.

Mireia Torruella Xufré
Sheila Menéndez Ramos
Ester Rosario Aguado Rodríguez

Contacte:
estherado@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6935

¡De unas anginas a un ingreso en la unidad de críticos!

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor retroesternal.

Historia clínica: Antecedentes personales: Síndrome ansioso-depresivo, sin otros antecedentes de interés. Anamnesis: Hombre de 40 años que consulta en atención continuada y refiere dos episodios de dolor retroesternal (en la escala visual analógica [EVA] 6/10) en las últimas 6 horas. En la consulta se encontraba asintomático. Dolor irradiado a la escápula derecha, sin vegetatismo, de 30 minutos de duración. No lo describe como opresivo, pero no puede negar cierta opresión. Cuadro de faringoamigdalitis por el que consultó hace 48 horas y se le prescribió amoxicilina/ácido clavulánico e ibuprofeno. Exploración: Buen estado general, consciente y orientado. Hemodinámicamente estable. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni roces. Murmullo vesicular conservado. Pruebas complementarias: Electrocardiograma, ritmo sinusal a 80 ppm, eje de 60o y elevación cóncava del ST de 1 mm en la cara lateral alta. Juicio clínico, diagnóstico diferencial: Probable pericarditis. No se pueden descartar complicaciones asociadas, como derrame pericárdico, miopericarditis u otras causas de dolor torácico, como cardiopatía isquémica. Tratamiento, actuación: Ante la existencia de dudas diagnósticas se decide derivación a urgencias hospitalarias. Evolución: El paciente fue visitado en urgencias. Se realizaron electrocardiograma (ECG), sin cambios respecto al anterior, determinación de troponinas (2.973), ecocardiograma, que mostró insuficiencia mitral ligera-moderada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada. Se orienta el cuadro como miopericarditis aguda y se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Posteriormente pasa a planta de cardiología. Ante la buena evolución, se procede al alta 7 días después, con indicación de completar un mes de tratamiento con ibuprofeno y tres meses con colchicina. Se cita en consultas de cardiología.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: Este caso nos invita a reflexionar sobre la importancia de saber escuchar activamente a nuestros pacientes y realizar una correcta anamnesis, porque aunque el síntoma parezca sutil, un dolor torácico inespecífico precedido de infección de vías altas, puede ser la clave en el diagnóstico.

Open Acces creative commons

Maria Luengo Alarcón
Viviana Braia
Engràcia Costa Atienza

Contacte:
ecostaat@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6942

No siempre vale más prevenir que curar

Motivos de consulta: Paciente de 44 años consulta en urgencias por fiebre, mialgias y exantema generalizado. Paciente de 37 años consulta en ambulatorio por eritema periférico a una picadura de hace un mes.

Historia clínica: Paciente con diabetes mellitus de tipo 2 llega de Marruecos hace tres días. Inicia astenia, fiebre y mialgias, y explica picaduras durante el viaje. Exploración física: Fiebre, exantema maculopapular generalizado y palmoplantar, picadura inguinal con escara necrótica central. Exploraciones complementarias: Aumento de reactantes de fase aguda, transaminitis, plaquetopenia y acidosis metabólica. Orientación diagnóstica: Fiebre botonosa.

Diagnóstico diferencial: Tratamiento y planes de actuación: Dada la sintomatología y el estado basal se inicia tratamiento con doxiciclina, control sintomático y evolutivo en Atención Primaria. Evolución: Favorable. Paciente que llegó de Noruega el mes anterior e inició una reacción periférica a una picadura de garrapata, sin prurito, fiebre ni otra sintomatología. Exploración física: Hemodinámicamente estable, afebril, eritema de 3 cm en pierna derecha con mácula central, no necrótica ni fluctuante, sin adenopatías, ni otros hallazgos. Orientación diagnóstica: Probable fiebre botonosa.

Diagnóstico diferencial: Tratamiento y planes de actuación: Se inicia doxiciclina y control analítico con serologías. Evolución: Favorable. Conclusiones: Se revisa el protocolo de la guía de actuación frente a picadura de garrapata a propósito de ambos casos. Observamos la indicación de antibioterapia solo en casos de inestabilidad hemodinámica por lo que en pacientes asintomáticos o con reacción local se indica un control evolutivo durante un mes (periodo de incubación del vector). En este caso se decidió iniciar antibiótico por precaución a pesar de la estabilidad general. Tras los negativos en serologías, la evolución adecuada y la revisión del caso, el antibiótico se retiró.

Concluimos que la decisión intuitivamente más cauta e invasiva de actuación por desconocimiento del caso no nos lleva a una praxis correcta.

Maria Luengo Alarcon
Viviana Braia
Engràcia Costa Atienza

Contacte:
ecostaat@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6943

Tratamientos crónicos sin prevención, problemas agudos «en ocasión»

Ámbito del caso: Atención domiciliaria, urgencias.

Motivos de consulta: Dolor en miembro inferior izquierdo y deterioro funcional.

Historia clínica: Paciente de 74 años, hipertensa, diabética, portadora de prótesis de cadera derecha por coxartrosis y en corticoterapia desde hace 6 meses por neumonía organizada criptogenética. Refiere dolor generalizado de una semana de evolución que se acompaña de coxalgia izquierda con impotencia funcional en las últimas horas, lo que le impide la deambulación sin caída ni traumatismo previo.

Exploración física: Tensión arterial de 170/100 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 ppm, afebril, $SatO_2$ del 98%, normocoloreada y normohidratada. Auscultación dentro de la normalidad, abdomen sin hallazgos y sin focalidades neurológicas agudas. Destaca un ligero acortamiento del miembro inferior izquierdo, rodilla en flexo y rotación interna, dolor inguinal izquierdo a la palpación. Reflejos y sensibilidad preservada.

Orientación diagnóstica: Fractura de estrés.

Diagnóstico diferencial: Coxartrosis, ciatalgia.

Tratamiento y planes de actuación: Se deriva al hospital donde confirman fractura subcapital de fémur izquierdo por estrés de probable origen iatrogénico.

Evolución: Se coloca prótesis de cadera derecha sin incidencias y se realiza estudio de osteopenia en contexto de corticoterapia.

Conclusiones: En nuestro caso se indica tratamiento con corticoides, de larga duración, por patología respiratoria aguda, sin tener datos de la estructura ósea basal de la paciente. Tampoco se realiza estudio posterior de densidad ósea ni tratamiento preventivo de osteopenia, lo que precipita una fractura por estrés de la cadera izquierda secundaria a osteopenia iatrogénica. Ello obliga a plantear hasta qué punto y en qué medida es mayor el beneficio en el control de la patología aguda respecto del estado basal y la gravedad de las consecuencias a posteriori.

Open Acces creative commons

Laura Salamé de la Calle

Contacte:
laura_salame@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6944

No puc obrir els ulls

Es presenta el cas d'una pacient de 10 anys sense antecedents d'interès, sense al·lèrgies conegudes que consulta per edema palpebral bilateral. La clínica es presenta al matí quan es lleva. Es precedeix d'eritema al front i edema a l'arrel nasal de 48 hores d'evolució. No ha presentat febre, pruïja o altres símptomes. En l'interrogatori refereix una important exposició solar amb cremada, fa 48 hores. Ens indica també que sempre porta serrell i se'l va retirar mentre estava a la piscina. En l'exploració física destaca eritema, petites vesícules i descamació epitelial de la pell en el naixement del cuir cabellut. No presenta edemes a les extremitats inferiors. La tira reactiva d'orina és negativa i la resta de l'exploració física és anodina. S'indica tractament tòpic amb hidrocortisona a la zona de la cremada solar durant 5 dies i tractament antihistamínic oral. Es realitza control telefònic 3 dies després i informa de la desaparició completa de la clínica.

Quan a la consulta es presenta un pacient pediàtric amb edema palpebral és imprescindible identificar l'etiologia (síndrome nefròtic, angioedema hereditari, reacció al·lèrgica, síndrome de Skeeter, conjuntivitis, mononucleosi infecciosa). Per dur a terme un bon diagnòstic diferencial és essencial la realització d'una anamnesi detallada i d'una exploració física minuciosa.

S'il·lustra el pòster amb fotografies de la pacient (que ha signat el consentiment informat previ a la presa de les fotografies) i un quadre amb trets característics per al diagnòstic diferencial d'edema palpebral bilateral com a símptoma guia.

Carmen del Hoyo Alcahuz
Noemí de Miguel Llorente
Carmen Rodríguez Pozo

Contacte:
carmenrodriguezpozo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6946

Atención integral. Un baluarte de la Atención Primaria

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Paciente de 70 años con pérdida de peso con seguimiento multidisciplinar hospitalario.

Historia clínica: Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con apixaban, ictus isquémico cardioembólico con secuela de hemiparesia izquierda, neoplasia tiroidea con tiroidectomía total en seguimiento por Endocrinología hospitalaria, carcinoma lobulillar infiltrante mama izquierda Her2+ en seguimiento por Ginecología y Oncología hospitalaria, miocardiopatía dilatada por quimioterapia en seguimiento por Cardiología hospitalaria. Situación sociofuncional: Vive sola, buen soporte familiar por hija. Anamnesis: Refiere pérdida de peso de 5kg en 6 meses, dolor epigástrico con plenitud preprandial con heces muy abundantes. Exploración física: Caquexia, normohidratada y normocoloreada. Abdomen blando sin masas ni megalias. Dada la sintomatología, exploración y antecedentes personales, se acuerda con la paciente conciliación diagnóstica y terapéutica entre diferentes especialistas hospitalarios, agrupando pruebas complementarias. Pruebas complementarias: Analítica: Alteración de la función hepática. Ecografía abdominal preferente: Lesión pancreática sugestiva de neoformación. Resonancia: Sugestiva de neoplasia pancreática. Anatomía patológica: Lesión neoplásica que invade colédoco, cambios inflamatorios con polimorfonucleares, sin evidencia de infiltración neoplásica en muestra. Juicio clínico: Orientado como neoplasia de origen pancreático, con desestimación de nueva biopsia por deterioro clínico. Tratamiento: Quimioterapia paliativa con gemcitabina y nab-paclitaxel. Evolución: Actualmente en tratamiento hospitalario. Se desestimó nueva biopsia por deterioro clínico. Controles por oncología hospitalaria, tratamiento con quimioterapia. Vive actualmente con su hija.

Conclusiones: El seguimiento hospitalario se caracteriza por una atención parcelada, en muchas ocasiones sin una visión en conjunto de los pacientes. Una de las principales características de Atención Primaria es una visión integral del paciente que permite tratar y valorar a las personas en su conjunto.

Open Acces creative commons

Rovira fontanals

Aurora Rovira Fontanals
Margarita Vidal Llaudes
Alba Fernández Blanco

Contacte:
albafblanco@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6948

Ámbito del caso: Atención Primaria y oftalmología.

Motivo de consulta: Ojo rojo unilateral con secreción purulenta de 3 semanas de evolución.

Historia clínica: Enfoque individual. Paciente de 26 años con antecedentes de ginecomastia secundaria a anabolizantes que acude a urgencias del centro de Atención Primaria (CAP) por ojo izquierdo rojo de tres semanas de evolución y que no mejora con el tratamiento habitual. En los últimos días presenta visión borrosa. En la exploración, conjuntiva hiperémica, reacción folicular y secreción purulenta. Edema palpebral. Fluotest® negativo. Es derivado a oftalmología. Se orienta como conjuntivitis folicular, probablemente por *Chlamydia Trachomatis*.

Enfoque comunitario: Pareja estable desde hace dos meses. Previamente con conducta sexual de riesgo.

Juicio clínico: El diagnostico diferencial de la conjuntivitis de inclusión del adulto por C. trachomatis abarcaría el resto de conjuntivitis bacterianas, las alérgicas y, sobre todo, las víricas, pues ambas pueden presentar reacción folicular y adenopatías asociadas. Sin embargo, en la conjuntivitis por *Chlamydia* la secreción es mucopurulenta, mientras que en la vírica es acuosa. También es clave la anamnesis para valorar los posibles síntomas acompañantes y la conducta sexual.

Tratamiento: Se pauta colirio de ácido hialurónico, 0,4% 1 gota/2 h, y colirio de azitromicina, 15 mg/g 1 gota/12 h, durante 7 días. Se recoge muestra de exudado conjuntival, con PCR de *Chlamydia* positivo. Se pauta doxiciclina 100 mg/12 h durante 7 días. Se realiza declaración obligatoria y estudio de contactos.

Evolución: Se solicitan también frotis uretral y faríngeo: Positivos para C. trachomatis, serología con virus de las hepatitis B y C, lúes y VIH negativos. Resolución de la conjuntivitis con tratamiento pautado. Pendiente de PCR de control.

Conclusiones y aplicabilidad: Deberíamos considerar una conjuntivitis por Chlamydia ante una mala evolución con tratamiento estándar, cuadros repetidos y conducta sexual de riesgo. Se diagnostica mediante PCR de la secreción ocular. Es necesaria serología de infecciones de transmisión sexual. El tratamiento debe ser tópico y también sistémico.

Escleredema *diabeticorum*

Ester Chirveches Pérez
Mercè Sallent Claparols
Sonia Pérez García

Contacte:
soniapg1978@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6951

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motiu de consulta: Home 51 anys consulta per l'aparició d'una lesió reticulada a la part superior de l'esquena, de setmanes d'evolució i lleugerament pruriginosa.

Història clínica: Enfocament individual. Antecedents personals: Sense al·lèrgies ambientals ni medicamentoses conegudes, fumador, consum perjudicial d'alcohol, hipertensió arterial, obesitat, hiperlipèmia mixta i depressió. Tractament habitual: Gemfibrozil, sertralina, mirtazapina y Selincro®. Anamnesi: Sense contusions ni exposició a al·lèrgens ni infeccions prèvies a l'aparició de la lesió. Exploració física: Presència de telangièctasi al terç superior de l'esquena, sense descamació, ni eritema, ni engruiximent dèrmic. S'envia imatge de la lesió, previ consentiment del pacient, via teleconsulta al servei de dermatologia de la zona: Possible escleredema. Cal descartar diabetis mellitus (DM) o gammapatia per confirmar el diagnòstic i la seva causa. Proves complementàries. Analítica: Hemograma normal; glicèmia basal de 118,9 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA1c), 7,10%; triglicèrids 227,5 mg/dl; colesterol: Total de 292,66 mg/dl, de lipoproteïnes d'alta densitat (HDL) 47,17 mg/dl, no-HDL de 245,49 mg/dl; transaminases normals, anticossos anti-descarboxilasa de l'àcid glutàmic (anti-GAD) negatius; proteïna total 70,7 g/l i proteïnograma normal. Judici clínic: S'orienta el cas com a probable escleredema diabeticorum o de tipus III, pel tipus de lesió i els resultats de l'analítica.

Diagnòstic diferencial: 1. Diferenciar els altres subtipus d'escleredema (tipus I d'aparició aguda després d'episodi febril i tipus II associat a gammapaties, sobretot a mieloma múltiple). 2. Escleromixedema. 3. Mucinosi reticular eritematosa.

Identificació de problemes: A part de filiar la lesió, es diagnostica DM2, fet que augmenta el seu risc cardiovascular (REGICOR >10%).

Tractament i evolució: S'inicia metformina, 875 mg/dia, amb desaparició de la pruïja i aturada de l'extensió de les lesions. Se substitueix gemfibrozil 600 mg per simvastatina 20 mg (pendent dels resultats del control).

Conclusions: 1. Gràcies a l'ús de les noves tecnologies i de la coordinació amb els serveis d'atenció especialitzada s'abreuja el termini diagnòstic, i en el nostre cas permet avançar l'inici d'un tractament que pot evitar l'aparició d'esdeveniments cardiovasculars. 2. Augment de coneixements del metge de família.

Open Acces creative commons

Encefalitis y teratoma

Míriam Fornieles Medina
Maria Andreína Cordero Pascual
Carolina Rangel Falcón
Alicia Caputto Garrido

Contacte:
caputto12@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6952

Motivo de consulta: Mujer de 27 años que consulta en tres ocasiones en el servicio de urgencias por alteración de la conducta y de la marcha.

Antecedentes: Sin antecedentes patológicos, consumidora ocasional de alcohol y cannabis.

Ámbito del caso: Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes correctas. Exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Examen neurológico: Consciente y parcialmente orientada, con atención fluctuante; sin meningismo, pupilas isocóricas normorreactivas, sin déficit motor, y sensibilidad táctil y dolorosa conservadas. Pares craneales normales. Hiporreflexia bicipital y rotuliana. Babinsky negativo. Marcha no valorada. Analítica: Bioquímica y hemograma normales. Tóxicos en orina: Cannabinol positivo. Líquido cefalorraquídeo (LCR): Pleocitosis linfocitaria sin proteinorraquia, con anticuerpos de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) positivos. Resonancia magnética (RM): Sin hallazgos patológicos. Ecografía ginecológica: Formación quística de 22 x 16 mm de ecogenicidad mixta (calcio y grasa), de paredes finas sin captación Doppler compatible con teratoma ovárico, en ovario derecho. Electroencefalograma (EEG): Actividad paroxística bitemporal con periodic lateralized epileptiform discharges (PLED) y enlentecimiento difuso delta.

Orientación diagnóstica: Encefalitis autoinmune anti receptor de NMDA; teratoma ovárico.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis víricas, trastornos psiquiátricos primarios, consumo de drogas de abuso, síndromes neuroléptico maligno, serotoninérgico y epilépticos, y encefalitis autoinmunes.

Juicio clínico: Paciente con sospecha inicial de meningoencefalitis que tras tratamiento empírico con aciclovir, cefotaxima y ampicilina persiste con clínica neurológica fluctuante. EEG patológico y positividad de los anticuerpos anti-NMDA: Se reorienta el diagnóstico hacía una encefalitis autoinmune. Se instauró tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas. Dada la frecuente asociación de las encefalitis autoinmunes con tumores, entre ellos el teratoma ovárico, se procede a un examen ecográfico ginecológico que terminó de confirmar la sospecha. Con el diagnóstico de teratoma ovárico, se realizó anexectomía.

Febrícula perllongada en pacient d'edat avançada

Virginia del Río Albero
Blanca Torres Cardús

Contacte:
blancatorres.email@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6953

Motiu de consulta: Febrícula vespertina en pacient d'edat avançada.

Antecedents: Home de 80 anys, exfumador, enolisme de 2-3 unitats de beguda estàndard (UBE)/dia i amb factors de risc cardiovascular.

Anamnesi: Acut per primer cop a l'ambulatori per otàlgia, odinofàgia, cefalea holocranial i febrícula de 37,5 ºC d'una setmana d'evolució, de predomini vespertí, amb exploració física anodina. S'orienta com a virosi. Torna a consultar 3 setmanes més tard per febrícula, ara ja d'un mes d'evolució, nega sudoració nocturna o síndrome tòxica. Exploració física sense canvis. Se sol·licita analítica que mostra leucocitosi lleu, amb neutrofília i elevació de reactants de fase aguda (RFA). El sediment d'orina i la radiografia de tòrax no mostren alteracions. Es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid, on es visita a finals de juliol. Explica cefalea de nova aparició, debilitat mandibular i síndrome tòxica. En l'exploració física, la palpació de temporals és normal. No té clara una debilitat de cintures, la resta és anodina.

Judici clínic: Tenint en compte l'edat avançada, la clínica i les exploracions complementàries s'orienta com a possible polimiàlgia reumàtica, arteritis de cèl·lules gegants o infecció (poc probable per la durada i per l'absència d'altra simptomatologia). Se sol·licita tomografia per emissió de positrons (PET)-tomografia axial computada (TAC), que mostren vasculitis amb activitat inflamatòria marcada en la crossa aòrtica, l'aorta ascendent i descendent i les branques.

Diagnòstic: Arteritis de cèl·lules gegants o de Horton.

Tractament: S'inicia tractament amb prednisona 70 mg/dia, aspirina, calci i vitamina D, inhibidor de la bomba de protons (IBP), Lederfolin® i ferroteràpia. Evolució favorable amb el tractament, però amb múltiples complicacions: Síndrome de Cushing iatrogènica, hiperglicèmia que va requerir insulinoteràpia, mal control de la tensió arterial, debilitat muscular, tendinopatia aquil·liana i prostatitis.

Conclusions: Es tracta d'un cas d'una patologia freqüent que es presenta amb formes clíniques diferents. Sempre s'ha de sospitar en els pacients d'edat avançada amb febre perllongada. Aquest cas en concret, per una errada en la medicació, permet observar múltiples complicacions del tractament amb corticoides.

Open Acces creative commons

Prurito recidivante, seguimiento longitudinal

Clara Andrés Belmonte
Susana Jabalera López

Contacte:
sjabalera.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6954

Hombre de 51 años, fumador, con antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), que se consideró enfermedad laboral (panadero), y úlcera flebostática por síndrome postrombótico.

Consulta por prurito generalizado y lesiones eritematoso-descamativas de 2-3 meses de evolución. Inicialmente se relacionaron con Sintrom®, que fue sustituido por Xarelto®.

Al no mejorar clínicamente, iniciamos CTAC tópico, que no resulta efectivo. Se deriva a dermatología, que indica CTAC oral en pauta descendente, con mejoría clínica.

Se vuelve a consultar con el dermatólogo por recidiva. Se orientan como lesiones eczematosas con distribución seborreica y con signos flogóticos. Se recomienda Diprogenta® y ciprofloxacino oral.

Se evidencia adenopatía inguinal y se realiza ecografía.

Analíticamente destaca eosinofilia, ya presente en pruebas previas.

Tras un año y diversas pautas de CTAC orales, el paciente continúa con prurito. Inicia astenia y presenta empeoramiento de las lesiones cutáneas, por lo que se biopsia (no es concluyente, pero con posible compatibilidad con micosis fungoide).

En un control dos meses después se evidencia nódulo pretibial, que se biopsia y confirma micosis fungoide en fase tumoral. Se descarta afectación sistémico-ganglionar y medular y se inicia tratamiento específico.

La micosis fungoide es un linfoma T crónico infrecuente que afecta fundamentalmente la piel y, ocasionalmente, órganos internos.

A diferencia de la mayoría de linfomas tiene un comienzo insidioso y a veces se manifiesta por un exantema pruriginoso crónico difícil de diagnosticar. Comienza focalmente, pero puede diseminarse y comprometer la mayor parte de la piel. Las lesiones son semejantes a placas, pero pueden volverse nodulares o ulceradas.

El diagnóstico se basa en la biopsia de piel, pero la histología puede ser dudosa en estadios tempranos, como en nuestro caso.

El tratamiento es radioterapia, quimioterapia tópica, fototerapia o corticoides tópicos.

Este caso puede hacernos reflexionar sobre el diagnóstico diferencial de prurito y lesiones eczematosas, síntomas frecuentes en nuestra consulta. Debemos pensar que pueden indicar un inicio de enfermedad compleja si la evolución es tórpida.

Síndrome de Susac

Susana Jabalera López
Clara Andrés Belmonte

Contacte:
clarandresb@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6955

Hombre de 41 años, sin antecedentes, inicia disminución de agudeza visual del ojo derecho y visión borrosa en el izquierdo, con cefalea holocraneal punzante y síndrome vertiginoso. En el fondo de ojo derecho se observa oclusión de rama arterial retiniana con afectación macular superior y oclusión distal arterial en cuadrante temporal superior; en ojo izquierdo, vasculitis nasal oclusiva. Ante estos hallazgos en paciente joven y sin patología se inicia estudio con analítica de uveítis, trombofilia, enfermedades de transmisión sexual, ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) y angiografía con fluoresceína urgente.

Se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas. Analíticamente no hay alteraciones y la angiografía resulta compatible con los hallazgos clínicos. La eco-Doppler de troncos supraaórticos (TSA) es normal. Tras sospechar un síndrome de Susac se derivó a otorrinolaringología para audiometría, que confirmó hipoacusia neurosensorial, y a neurología. Se realizó resonancia magnética cerebral que confirmó las lesiones en cuerpo calloso, y ecocardiografía, normal.

Se inició entonces pauta descendente de CTAC y Myfortic® 360. Valorada la cefalea como tensional, se inicia tratamiento específico. Se añade antiagregación con clopidogrel. Actualmente, el paciente sigue controles con otorrinolaringología, oftalmología, neurología y medicina interna. Continúa con cefalea y mareo diarios y presenta trastorno adaptativo reactivo.

El síndrome de Susac es una enfermedad rara caracterizada por la disfunción del sistema nervioso central (SNC), oclusiones de ramas arteriales retinianas e hipoacusia neurosensorial. De etiología desconocida, aunque se cree que se trata de un proceso autoinmune que provoca la inflamación y oclusión de las arteriolas precapilares del cerebro, la retina y el oído interno. El diagnóstico diferencial incluye enfermedades desmielinizantes e inflamatorias del SNC, otras enfermedades del SNC y autoinmunes. El tratamiento empírico consta de terapia inmunosupresora multimodal agresiva en periodo agudo. Después se continúa con una lenta reducción de corticosteroides. Se recomiendan empíricamente antiagregantes plaquetarios.

Este caso nos sirve para estar alerta y pensar en otros síndromes ante cualquiera de estos signos o síntomas en un paciente joven sin antecedentes patológicos.

Open Acces creative commons

Laura Segarra Fernández
David Fernandez Perez
Gloria Carcelero Román
Eva Maria Satué Gracia
Gisela Sos Buitureira

Contacte:
gsbc_bcn@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6958

Dependència i deteriorament cognitiu en pacients inclosos en un programa d'atenció domiciliària

Objectiu: Avaluar les condicions de dependència dels pacients abans i després d'entrar al programa d'atenció domiciliària (ATDOM).

Material i mètodes: Estudi descriptiu de 383 pacients corresponents a una àrea bàsica de salut (ABS), inclosos en el programa d'atenció domiciliària del 25 de març de 2010 fins al 2 de novembre de 2018. Les variables estudiades van ser: Sexe, edat, motiu d'entrada i de sortida, dates d'entrada i de sortida, complexitat (pacient crònic complex [PCC] o amb malaltia crònica avançada [MACA]) i Pfeiffer/Barthel a l'entrada i a la sortida del programa. La recopilació de dades es va fer a través del programa informàtic eCAP i es va analitzar estadísticament amb SPSS® Statistics v. 23. Test de χ-quadrat per comparar el percentatge de pacients de cada categoria de dependència: Baixa (90-100 punts Barthel), moderada (60-85), important (0-55); i del deteriorament cognitiu: Lleu (0-4 errades al Pfeiffer), moderat (5-7) i greu (8-10), entre l'entrada i la sortida.

Resultats: La majoria dels pacients (64,5%) eren dones. El rang d'edat es va establir entre el 35 i 102 anys (edat mitjana 84,6). Tant en PCC (219) com en pacients MACA (146) va augmentar de manera significativa el grau de dependència entre la inclusió i la sortida del programa ATDOM. El percentatge de pacients amb dependència important va passar del 20,4% al 32,8% en PCC i de 34,5% a 67,9% en pacients MACA; i amb dependència lleu del 31,9% al 17,6% i del 18,9% a 3,6%, respectivament ($p < 0,01$). De manera similar, el 6,3% dels PCC i el 16,9% dels pacients MACA van fer 8-10 errades al Pfeiffer d'entrada, percentatges que van passar al 14,4% i al 30,9% a la sortida.

Conclusió: S'observa un augment de la dependència i deteriorament cognitiu dels pacients inclosos a l'ATDOM.

Gisela Sos Buitureira
David Fernández Pérez
Gloria Carcelero Román
Eva Maria Satué Gracia
Laura Segarra Fernández

Contacte:
laura_segarra5@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6959

Motiu d'entrada i de sortida al programa d'atenció domiciliària d'un centre d'Atenció Primària

Objectiu: Avaluar els motius d'entrada i de sortida dels pacients inclosos al programa d'atenció a domicili (ATDOM).

Material i mètodes: Estudi descriptiu d'una població de 383 pacients corresponents a una àrea bàsica de salut (ABS), inclosos en el programa d'atenció domiciliària del 25 de març de 2010 fins al 2 de novembre de 2018. Les variables estudiades van ser: Sexe, edat, motiu d'entrada i de sortida, dates d'entrada i de sortida, complexitat (pacient crònic complex [PCC] o amb malaltia crònica avançada [MACA]). Totes les dades van ser recopilades a través del programa informàtic eCAP i analitzades estadísticament amb SPSS® Statistics v. 23.

Resultats: De la població estudiada, el 35,5% eren homes i el 64,5% eren dones. El rang d'edat es va establir entre el 35 i 102 anys (edat mitjana 84,6). Com a motiu d'inclusió vam trobar: PCC, 57,2%; MACA, 38,1%; malaltia mental, 0,5%; cures, 1%; fragilitat, 1%, i altres, 0,3%. Els pacients que van abandonar el programa representaren el 42,9% (164) i ho van fer pels següents motius: Èxitus, 28,7%; institucionalització, 11%; canvi de domicili, 1,9%, i resolució de la patologia inicial, 1,3%.

Conclusions: El percentatge de dones incloses al programa dobla pràcticament el d'homes. A més, hem pogut observar que el programa d'atenció domiciliària engloba un rang molt ampli d'edats. Per últim es pot concloure que el motiu d'entrada més freqüent és un grau de complexitat de tipus PCC i que el motiu de sortida més freqüent és l'èxitus.

Open Acces creative commons

¿Hay que solicitar analítica básica en pacientes con eritema cutáneo?

Narine Gharibyan
Cristina Ramírez Mestre
Noa Chantada Lorenzo

Contacte:
noa.chantada@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6960

Ámbito del caso: Atención Primaria, atención especializada.

Motivo de consulta: Solicita derivación a dermatología por prurito y lesiones cutáneas de años de evolución.

Historia clínica: Antecedentes personales: Hombre 49 años sin alergias medicamentosas conocidas, trabaja en la hostelería y sufre irritación cutánea con guantes, rinitis alérgica. Antecedentes familiares no relevantes. Anamnesis: Inició prurito cutáneo en un contexto de estrés en 2015, predominantemente en la espalda y los glúteos. Placa en nalga derecha y región dorsal de la espalda, y lesiones de rascado sobreinfectadas. Control por dermatólogo privado: Recibió tratamiento con corticoides tópicos, mejoría clínica temporal y reaparición de lesiones. En 2016 apareció una nueva placa en la nuca y un eritema descamativo palmar y en el dorso de manos, fisuras en dedos. Placas eritematosas liquenificadas en los miembros inferiores. Posteriormente adenopatía en ingle derecha orientada como reactiva a infección cutánea. No se realiza biopsia cutánea. Exploración física: Eritema descamativo en palmas, plantas, dorso de las manos, región distal de los miembros inferiores, placa infiltrada dorsal y en nuca. Sin adenopatías. Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitosis, 12.200; linfocitos 5.100; linfocitosis absoluta del 41,6%. Resto normal. Tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal: Sin adenopatías, visceromegalia o infiltración por linfoma. Enfoque familiar y comunitario: No requiere estudio de familia o comunidad. Juicio clínico: Síndrome de Sézary, T2N0B2M0 (en estadio IVA avanzado). Diagnóstico diferencial: Toxicodermias, psoriasis, dermatitis atópica, pitiriasis rubra pilar, micosis fungoide y otras formas de linfoma cutáneo de células T. Tratamiento y planes de actuación: Se realiza derivación urgente a hematología. Seguimiento por dermatología y hematología. La biopsia cutánea y la analítica sanguínea son compatibles con el Síndrome de Sézary. Inicia tratamiento de primera línea con bexaroteno. Posteriormente aparece eritrodermia generalizada, característica del Síndrome de Sézary. Dada la refractariedad, se inician las líneas segunda (fotoaféresis) y tercera (alentuzumab). Tomografía por emisión de positrones (PET)-TAC posterior con enfermedad estable. En junio de 2019 se realiza trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) con múltiples complicaciones. Evolución: Actualmente con enfermedad estable y seguimiento por hematología y dermatología. Conclusiones: No todas las lesiones eritematoso-descamativas son dermatitis. Debemos considerar el diagnóstico diferencial de lesiones que persisten o recidivan tras un tratamiento con corticoides tópicos y ampliar el estudio con una analítica básica.

Promoció entre els pacients de l'ús adequat dels fàrmacs

Mireia Sans Corrales
Marina Rovira Illamola
Míriam Guerrero Octavio
Olga Barba Ávila

Contacte:
rovira@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6961

Objectius de l'experiència: Promoure un ús adequat de fàrmacs de prescripció molt prevalent mitjançant l'elaboració de vídeos dirigits als pacients i difosos a les pantalles de les sales d'espera del centre d'Atenció Primària.

Descripció de l'experiència:

1. Selecció dels fàrmacs amb molta prescripció al centre i dels quals podria ser beneficiós proporcionar informació als pacients sobre el seu bon ús, els efectes adversos i els riscs. L'accés dels pacients a la informació pot contribuir a reduir la demanda de fàrmacs en els casos que no són necessaris.
2. Elaboració i consens dels missatges clau a transmetre als pacients per la comissió de farmàcia del centre.
3. Enregistrament de vídeos amb un telèfon mòbil. Els protagonistes són els professionals del propi centre, que transmeten missatges sobre l'ús adequat dels fàrmacs.
4. Edició del vídeo. S'hi incorporen subtítols i s'alternen amb imatges i missatges clau.
5. Emissió periòdica dels vídeos a les pantalles de televisió de les sales d'espera.

Vídeos realitzats:

1. Inhibidors de la bomba de protons (2017): Bon ús, efectes adversos a llarg termini i mesures higienicodietètiques per evitar l'acidesa.
2. Benzodiazepines (2018): Mesures d'higiene del son, efectes secundaris i promoció de la retirada, supervisada pel metge.
3. Antibiòtics (2018): Ús responsable, evitació de l'automedicació i risc de resistències.

Conclusions: L'elaboració de vídeos dirigits a pacients amb la participació dels propis professionals del centre és una mesura complementària a la informació que proporcionen els professionals sanitaris a la consulta. El seu objectiu és conscienciar els pacients sobre l'ús adequat dels fàrmacs. Pot contribuir a la desprescripció de medicaments no necessaris.

Aplicabilitat: És aplicable a qualsevol centre que disposi d'un telèfon mòbil i de pantalles a les sales d'espera.

Open Acces creative commons

Sílvia Güell Parnau
Maria Carmen Ruiz Martín
Purificación Jordana Ferrando

Contacte:
purijordana@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6965

Desmitificant la insulina

Dona de 74 anys que consulta perquè des de fa un mes aproximadament presenta glicèmies que oscil·len entre 300 mg/dl i 90 mg/dl en dejú. Refereix també diarrees d'1 mes d'evolució. La pacient comenta a infermeria que voldria posar-se insulina perquè una amiga seva se'n posa i li va bé.

Antecedents personals: La pacient viu amb una filla i és independent per a les activitats bàsiques de la vida diària, sense deteriorament cognitiu. Diabetis mellitus de tipus 2, de 14 anys d'evolució, sense complicacions micro- ni macrovasculars. En tractament amb metformina 850 mg 1-0-1, gliclazida 30 mg 1-1-1 i sitagliptina 50 mg 1-0-1. La última analítica mostrà una glicèmia basal en dejú de 170 mg i una hemoglobina glicosilada (HbA1c) del 7,3%. Es tracta, per tant, d'una pacient amb controls glicèmics en el límit de la normalitat, amb diarrees provocades per la metformina i amb desig d'iniciar tractament insulínic. La insulina és un fàrmac que requereix uns coneixements bàsics sobre la diabetis mellitus de tipus 2 i un entrenament per al seu ús.

Es va sol·licitar una interconsulta a psicologia per descartar patologia cognitivoconductual de la pacient. Va ser diagnosticada de personalitat de base ansiosa, sense trets de trastorn mental greu ni cap altra problema psicopatològic. Se li va canviar el tractament i actualment segueix amb gliclazida 30 mg 1-1-1, repaglinida 2 mg 1-0-1 (per hiperglicèmies postprandials elevades i intolerància a sitagliptina) i insulina Lantus® 0-0-30 U.

El tractament amb insulina no sempre és percebut pels pacients com difícil. Hem de ser proactius en la insulinització a Atenció Primària. Tanmateix ha de prevaler l'aplicació de les guies de pràctica clínica de la diabetis mellitus de tipus 2.

María Vega Zafra Sánchez
Carmen Aguilà Manotas
Magdalena Redondo de Pedro

Contacte:
redondodepedro@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6966

Abordatge domiciliari multidisciplinari del pacient amb insuficiència cardíaca avançada

La pacient és una dona de 87 anys pluripatològica. Com a antecedents destaquen hipertensió arterial, insuficiència cardíaca (IC), asma bronquial, síndrome d'apnea obstructiva del son, cor pulmonar, obesitat, fibril·lació auricular, pròtesi bilateral de maluc.

El desembre de 2016 ingressa per dolor toràcic atípic. Es descarta cardiopatia isquèmica i es considerant d'origen multifactorial.

Durant l'any 2017 ingressa a l'hospital (40 dies) a l'abril, juny i novembre per ICC i necessita trasllat al centre sociosanitari (CSS) per completar tractament. Abans de l'ingrés s'havia modificat el tractament, sense control dels símptomes.

El gener de 2018, quinze dies després de l'alta del CSS, torna a presentar ICC (augment de pes, dispnea i edemes mal·leolars). Donades les reaguditzacions freqüents es coordina amb la gestora de casos l'activació de l'hospitalització domiciliària (HADO). La pacient va requerir perfusió de furosemida i afegir hidroclorotiazida; amb el control dels símptomes es van reduir els diürètics. En el moment de l'alta s'estableix seguiment domiciliari, inicialment setmanal, per part de l'equip d'Atenció Primària (EAP; gestora de casos, infermera i metgessa) incidint amb la família en els signes d'alerta: Control de pes, aparició d'edemes mal·leolars i dispnea. La pacient ha de ser ingressada novament, de l'HADO, l'abril de 2018, per ICC. Després de l'alta es reinicia el mateix ritme de controls domiciliaris.

El febrer de 2019 visita urgències per dolor toràcic atípic. Es descarta isquèmia, però s'inicia tractament amb nitrats transdèrmics.

El març de 2019 s'activa l'HADO per un episodi d'ICC i de deteriorament funcional. En aquest episodi s'inicia el tractament amb morfina oral i oxigenoteràpia. Actualment, la pacient presenta un deteriorament funcional important i la família ha accedit a l'activació del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de suport (PADES) quan ho necessiti.

Els pacients crònics amb descompensacions freqüents es poden beneficiar del seguiment sistemàtic de l'EAP, amb el suport d'equips com l'HADO, i millorar, així, la qualitat de vida dels pacients i de la família gràcies a l'accessibilitat dels professionals.

Open Acces creative commons

Un caso de glositis

Blanca Torres Cardús
Laura Novalio Rodríguez
Alicia Sainz Comas
Xavier Faba Camats
Marta Guerrero Muñoz
Virginia del Río Albero

Contacte:
virginiadelrioa@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6968

Dona de 87 anys pluripatològica. Com a antecedents destaquen hipertensió arterial, insuficiència cardíaca (IC), asma bronquial, síndrome d'apnea obstructiva del son, cor pulmonar, obesitat, fibril·lació auricular, pròtesi bilateral de maluc.

El desembre de 2016 ingressa per dolor toràcic atípic. Es descarta cardiopatia isquèmica i es considerant d'origen multifactorial.

Durant l'any 2017 ingressa a l'hospital (40 dies) a l'abril, juny i novembre per ICC i necessita trasllat al centre sociosanitari (CSS) per completar tractament. Abans de l'ingrés s'havia modificat el tractament, sense control dels símptomes.

El gener de 2018, quinze dies després de l'alta del CSS, torna a presentar ICC (augment de pes, dispnea i edemes mal·leolars). Donades les reaguditzacions freqüents es coordina amb la gestora de casos l'activació de l'hospitalització domiciliària (HADO). La pacient va requerir perfusió de furosemida i afegir hidroclorotiazida; amb el control dels símptomes es van reduir els diürètics. En el moment de l'alta s'estableix seguiment domiciliari, inicialment setmanal, per part de l'equip d'Atenció Primària (EAP; gestora de casos, infermera i metgessa) incidint amb la família en els signes d'alerta: Control de pes, aparició d'edemes mal·leolars i dispnea. La pacient ha de ser ingressada novament, de l'HADO, l'abril de 2018, per ICC. Després de l'alta es reinicia el mateix ritme de controls domiciliaris.

El febrer de 2019 visita urgències per dolor toràcic atípic. Es descarta isquèmia, però s'inicia tractament amb nitrats transdèrmics.

El març de 2019 s'activa l'HADO per un episodi d'ICC i de deteriorament funcional. En aquest episodi s'inicia el tractament amb morfina oral i oxigenoteràpia. Actualment, la pacient presenta un deteriorament funcional important i la família ha accedit a l'activació del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de suport (PADES) quan ho necessiti.

Els pacients crònics amb descompensacions freqüents es poden beneficiar del seguiment sistemàtic de l'EAP, amb el suport d'equips com l'HADO, i millorar, així, la qualitat de vida dels pacients i de la família gràcies a l'accessibilitat dels professionals.

Como si estallase

Cristina Pérez Ruíz
Nagore Txertudi Uriona
María Guzmán Martín

Contacte:
mari25julperot@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6969

Ámbito del caso: Urgencias de Atención Primaria.

Motivo de consulta: Cefalea.

Antecedentes: Mujer de 35 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 5-6 cigarrillos/día, enol ocasional, lumbalgias de repetición, sin intervenciones quirúrgicas ni medicación habitual.

Anamnesis: Consulta por persistencia de cefalea holocraneal opresiva, intensa, de predominio occipital, que se inició la tarde previa. No se acompaña de náuseas, vómitos, sonofobia ni fotofobia. Mejora en decúbito y empeora con la sedestación y la bipedestación. No aumento con Valsalva. Niega traumatismo y fiebre. No PL previas. No se ha calmado con ibuprofeno ni con paracetamol. Sin antecedentes personales ni familiares de cefaleas.

Exploración física: Hemodinámicamente estable, afebril. Auscultación: Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. Neurología: Consciente y orientada. Sin afasia ni disartria. Pares craneales conservados. Sin dismetrías. Campimetría correcta. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos conservados. Romberg negativo. Sin alteraciones de la marcha. Signos meníngeos negativos. Pulsos temporales simétricos. Sin alteraciones en el macizo craneofacial. Palpación abdominal anodina. Sin adenopatías. Cuello y columna vertebral anodinos.

Diagnóstico diferencial: Cefalea primaria: Tensional, migraña, trigémino-autonómicas (cefalea en racimos, hemicránea paroxística), tusígena, poscoital. Cefalea secundaria con o sin patología urgente: Proceso infeccioso, tumores, secundarias a vasculopatías (HSA, ictus isquémicos, disección carotidea, entre otras), arteritis de la temporal, por abuso de analgésicos, neuralgia del trigémino, por drogas, trastornos de estructuras faciales y craneales.

Pruebas complementarias: Analítica, tomografía axial computada (TAC), resonancia magnética (RM).

Tratamiento y plan de actuación: Se administró una ampolla de diclofenaco, metamizol y paracetamol, sin mejoría. Dado que era una cefalea de inicio agudo, intensa, en paciente sin cefaleas previas y no había disminuido tras la analgesia, se decidió derivar a urgencias de hospital. Allí se realizó TAC craneal y RM que mostraron signos compatibles con hipotensión licuoral.

Conclusiones: Las consultas por cefaleas son frecuentes en Atención Primaria. Por ello, es importante realizar un diagnóstico diferencial correcto y saber identificar procesos potencialmente graves.

Open Acces creative commons

Rosa Clotet Casacuberta
Beatriz López Díaz
María José Venegas Barrero
Olga Lóriz Peralta

Contacte:
olga.loriz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6971

Dolor al maluc. Cal pensar en altres enfocaments per al tractament del dolor crònic?

Àmbit del cas: Atenció Primària.

Motius de consulta: Dona de 55 anys que consulta el metge de família per dolor intens mecànic, bastant invalidant i crònic al maluc dret, des de fa almenys 2 anys. Per aquest dolor havia consultat a traumatologia i a rehabilitació, en la medicina pública i en la privada, sense millora.

Història clínica: En el moment de la visita, la pacient explica que el dolor és a l'articulació coxofemoral dreta. S'hi realitzà una radiografia i una ressonància magnètica (RM) que objectivaven una artrosi lleu-moderada coxofemoral dreta. Havia pres durant 2 anys antiinflamatoris i relaxants musculars, i havia fet rehabilitació sense millora. Les proves complementàries evidenciaven una patologia no greu i detectàvem l'anomenada dissociació clinicoradiològica, amb un valor de 8 a l'escala visual analògica.

Judici clínic, identificació de problemes: Durant la visita es plantejà un altre enfocament: Realitzar teràpia neural (TN).

Tractament i plans d'actuació, evolució: Després del consentiment informat es va implementar la teràpia, en dues tandes. En la primera va millorar bastant el dolor (un 70%). En la segona va remetre per complet, ara fa 10 anys. La TN consisteix a realitzar infiltracions amb anestèsic local diluït a l'àrea on el pacient refereix dolor i les seves irradiacions. A vegades també es poden fer infiltracions sobre cicatrius (preferentment properes al lloc on es refereixen els símptomes, a vegades a distància). En aquest cas, la pacient tenia la cicatriu de dues cesàries i en ella, subepicutàniament, es va fer la infiltració amb anestèsic.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família): Al nostre centre, s'implementa la TN des de fa 10 anys en casos com aquest, i entenem que no interferirem en el procés diagnòstic. Per això, s'ha desenvolupat en el nostre centre d'Atenció Primària sobretot per al dolor crònic osteomuscular, amb bons resultats. N'hem elaborat diversos articles científics.

Carina Fuentes Casanova
María Luisa Benito Serrano
Natalia Miota Hernández

Contacte:
natt_mh@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6972

Amigdalitis versus mononucleosis

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Odinofagia.

Historia clínica: Enfoque individual: Hombre de 53 años, fumador. Antecedentes: Virus de la hepatitis C en seguimiento por digestivo, sin tratamiento actual. Acude a nuestro centro de Atención Primaria (CAP) por odinofagia de 1 día de evolución, sin rinorrea, tos, dolor abdominal ni otra clínica asociada. Se encuentra afebril, hemodinámicamente estable y eupneico. Orofaringe hiperémica con aumento amigdalar, sin exudados. Adenopatía laterocervical izquierda dolorosa. Enfoque familiar y comunitario: Su hija fue diagnosticada hace una semana de mononucleosis infecciosa. Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Amigdalitis aguda, aunque podría tratarse de mononucleosis infecciosa por el antecedente epidemiológico de su hija. Tratamiento y planes de actuación: Amoxicilina 500 mg/8 h, durante 7 días y analgesia.

Evolución: A los dos días reconsulta en nuestro centro por empeoramiento. Se añade a la clínica trismo y gran adenopatía submandibular izquierda. En la exploración destacan múltiples adenopatías cervicales y esplenomegalia. Se realiza faringotest, que es negativo. Finalmente se orienta como mononucleosis infecciosa, se retira antibiótico, se solicita una prueba de Paul-Bunnell y se indica tratamiento con paracetamol. A la semana acude a la visita de control. El resultado de la prueba de Paul-Bunnell es positivo. Además, presenta mejoría de la clínica y disminución de la adenopatía.

Conclusiones (y aplicabilidad a la medicina de familia): No siempre se obtiene una confirmación diagnóstica en la primera visita, ya que la clínica puede variar a lo largo de los días y, por lo tanto, nuestra orientación diagnóstica. En Atención Primaria son importantes la anamnesis y los antecedentes familiares y epidemiológicos, ya que nos pueden ayudar en el diagnóstico final. Es importante saber cuándo se deben iniciar y cuándo retirar los antibióticos, para evitar resistencias.

Open Acces creative commons

Doctora, em moro...

Clara Alavedra Celada
Daniel Escudero López
Alba Llovet Viaplana

Contacte:
alballovet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6974

Motiu consulta: Dispnea.

Antecedents personals: Dona de 95 anys amb funcions superiors conservades i autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària. Com a antecedents personals presenta fibril·lació auricular i insuficiència cardíaca.

Anamnesis: Augment de la dispnea fins a ser de repòs en les darreres hores, acompanyada de treball respiratori i mucositat. Havia estat donada d'alta de l'hospital per bronquitis aguda 3 dies abans. Sense ortopnea, dispnea paroxística nocturna, febre, ni dolor toràcic.

Exploració: Tensió arterial de 143/93 mmHg, freqüència cardíaca de 66 ppm, $SatO_2$ del 87%, treball respiratori, taquipnea. Conscient i orientada. Auscultació respiratòria: Murmuri vesicular conservat, amb sibilàncies generalitzades. Auscultació cardíaca: TCA amb buf sistòlic. Sense edemes.

Enfocament familiar i comunitari: Vídua amb 6 filles. Viu amb una filla des de fa 6 mesos quan es va fracturar la pelvis. Molt bon suport familiar.

Judici clínic: Insuficiència respiratòria secundària a bronquitis aguda. S'explica a la pacient i a la família el quadre i la possibilitat de mal pronòstic, però la pacient es nega a l'ingrés hospitalari, acceptant els riscos. Es fa un pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) amb pla de decisions anticipades.

Identificació de problemes: Insuficiència respiratòria, rebuig al tractament hospitalari.

Tractament i plans d'actuació: S'inicia tractament simptomàtic amb nebulitzacions i morfina oral per al control de la dispnea.

Evolució: Es realitzen visites diàries domiciliàries de seguiment. S'observa una millora en la insuficiència respiratòria, però la pacient presenta una davallada funcional secundària al seu rebuig a la ingesta, i amb patiment psicològic. Donat que l'agitació va a més, que presenta inquietud tant física com psicològica i tot respectant el seu desig de no ser hospitalitzada, es decideix realitzar sedació pal·liativa amb bomba infusió, d'acord amb la pacient. És èxitus a les 36 hores.

Conclusió: Des d'Atenció Primària hem de realitzar un bon pla de decisions anticipades amb els pacients i donar suport fins al final perquè es pugui dur a terme, incloent una sedació a domicili.

Anafilaxi. Reconèixer els símptomes i l'atenció urgent a primària pot salvar vides

María Rosa Ripollés Vicente
Isabel Cebrián Duarte

Contacte:
icebrian.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6977

Motius de consulta: Reacció cutània i hipotensió després d'un contacte amb plantes.

Història clínica: Home de 15 anys sense antecedents personals d'interès ni al·lèrgies conegudes. Nega dificultat respiratòria, nàusees o vòmits. En l'exploració física destaca reacció urticarial amb hiperèmia generalitzada, edema de llavis i hipotonia d'extremitats inferiors. Temperatura de 37,2 ºC i auscultació cardiorrespiratòria normal. Davant d'una reacció al·lèrgica s'administra tractament amb Actocortina®, Polaramine®, ranitidina i Urbason® EV. Trobem criteris de possible xoc anafilàctic, per la qual cosa està indicada també l'administració d'adrenalina IM. Posteriorment es trasllada el pacient a l'hospital. Evoluciona favorablement i no necessita més tractament. És ingressat a pediatria per a observació. Se'l dona d'alta amb recepta d'adrenalina intramuscular i visita a al·lergologia.

Conclusions: L'anafilaxi es defineix com una reacció al·lèrgica sistèmica greu que s'inicia de forma brusca. Els criteris clínics per sospitar anafilaxi són l'aparició brusca d'afectació de pell o mucoses, símptomes gastrointestinals i compromís respiratori o circulatori amb disminucions de la pressió arterial. El tractament es basa en el suport vital immediat. El fàrmac més eficaç per al tractament és l'adrenalina IM (la via intravenosa tan sols ha de ser aplicada en el medi hospitalari i amb monitoratge cardíac). Per tant, el maneig inicial des d'Atenció Primària consisteix en adrenalina en el vast lateral i amb una dosi de 0,01 mg/kg de pes. Altres mesures són l'administració d'oxigen d'alt flux, el monitoratge de constants, expansors de volum, antihistamínics i corticoteràpia EV. Tot pacient pediàtric afectat té indicació de derivació al centre hospitalari per a observació entre 6 i 24 hores, per prevenir l'efecte rebot que apareix en alguns casos a aquestes edats. Després de la resolució del quadre, s'ha de realitzar un estudi per identificar el factor desencadenant.

Open Acces creative commons

El metge de família, la peça central per al diagnòstic i seguiment del pacient ancià complex

Eva López Zapata
Ana Belén Flores Caparrós
Isabel Cebrián Duarte

Contacte:
icebrian.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6978

Àmbit del cas: Atenció Primària, neurologia, reumatologia.

Motius de consulta: Quadre progressiu de lumbàlgia i feblesa proximal de les extremitats inferiors.

Història clínica: Home de 80 anys, amb antecedents d'hipertensió arterial, hepatitis C crònica, obesitat, diabetis mellitus de tipus 2, HBP, talassèmia, cataracta, colelitiasi i cirrosi. Davant la sospita de claudicació neurògena o vascular, el diagnòstic és estenosi espinal lleu. Es descarta afectació vascular. En el següent control a la consulta persisteix la simptomatologia. Ara s'associa amb afonia i feblesa a les extremitats superiors. Davant la sospita de polimiàlgia reumàtica (PMR) o una malaltia de la placa motora. L'analítica amb velocitat de sedimentació globular (VSG) normal descarta l'afectació de placa motora. L'aparició de símptomes progressius amplia els diagnòstics diferencials. Inicialment, davant d'una feblesa de membres inferiors s'ha de valorar: Malaltia de la placa motora, claudicació mixta, PMR i patologia lumbar. Després de l'aparició de feblesa de totes dues cintures, la sospita de PMR és alta, encara que la velocitat de sedimentació globular (VSG) és normal. En reumatologia se sospita vasculitis de presentació atípica per l'aparició de parestèsies temporals i visió borrosa. Van ampliar l'estudi amb analítica i tomografia per emissió de positrons (PET) i iniciaren tractament amb prednisona 30 mg. Els resultats del PET van confirmar ACG. El pacient va presentar una gran millora amb el tractament.

Conclusions: La PMR s'associa en un 10-50% dels casos amb l'ACG. Els criteris diagnòstics són: Clínica, exploració, analítica i biòpsia de l'artèria temporal (S, 93% i E, 91%). Són necessaris almenys tres criteris: Edat >50 anys, cefalea de recent aparició, alteracions de les artèries temporals (dolor, disminució o absència de polsos), velocitat de sedimentació globular (VSG) >50 mm/h, biòpsia. Calen altres proves com el Doppler o el PET, aquest últim en pacients amb alteracions atípiques (perduda de pes, febre, claudicació de braços). El retràs diagnòstic augmenta el risc de complicacions, principalment isquèmiques. Per això la importància del metge de família com a peça central que acompanya el pacient durant el procés i que fa el diagnòstic diferencial fins al diagnòstic definitiu de forma precoç.

El poder resideix en la primària

Tareca Díaz Grijuela
Anna Isabel Pellicer Sanahuja
Yolanda Vasco Rodríguez
Neus Martínez Martínez

Contacte:
neus.martinez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6979

Objectiu de l'experiència: El burn out dins de la professió mèdica és una realitat. Des de la formació MIR cal donar-li un gir per promoure la capacitació dels nostres professionals i per augmentar el grau de resolució. Formar professionals emocionats perquè han escollit una especialitat com la medicina familiar i comunitària és la nostre responsabilitat. Els primers anys de residència, els joves metges passen tantes hores a l'hospital que perden la il·lusió que tenien inicialment. El dia a dia d'unes consultes encara molt burocratitzades fa que no es promogui aquesta faceta de la nostra especialitat.

Descripció de l'experiència: Al llarg de les diferents rotacions per primària de la formació dels nostres MIR, es promou i prioritza la seva rotació per diferents unitats d'especialització en tècniques com l'ecografia clínica, infiltracions o la dermatoscòpia, així com a unitats de risc cardiovascular o d'insuficiència cardíaca. Així, en l'últim any, el resident pot dur a terme tant tècniques com l'abordatge de les patologies més prevalents en la nostra població, de manera autònoma al llarg d'R4.

Conclusions: El grau de satisfacció dels residents augmentà. Van millorar les seves sensacions després de passar la consulta d'R4, amb un menor nombre de derivacions a dermatologia i traumatologia, i van millorar l'abordatge de patologies molt freqüents, com la tendinitis d'espatlla, les trocanteritis o els nevus. Formar professionals il·lusionats i satisfets amb la seva especialitat és la nostra prioritat i és una realitat.

Aplicabilitat: A tots els centres hi ha unitat d'especialització o professionals amb valors afegits, però no sempre els residents passen hores amb aquest professionals. Cal donar importància a aquestes rotacions. Orientar la formació MIR per potenciar l'actitud resolutiva dels professionals i amb una bona capacitació permetrà gaudir de professionals satisfets amb la seva feina en un futur molt proper.

Open Acces creative commons

Detecció en la consulta d'Atenció Primària de la síndrome de brugada en un pacient amb dolor toràcic atípic

Laia Viñas Terris
Lidia Bosch Capdevila
Lidia Cabanillas Guerrero
Dolors Fernández Punset

Contacte:
dolorsfpunset@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6981

Home de 37 anys sense hàbits tòxics coneguts.

Antecedents personals: Intervingut d'hèrnia discal amb lumbalgia crònica residual. En seguiment a la clínica del dolor i en tractament amb analgèsics, amb tramadol i tractament coadjuvant. Sense antecedents familiars de mort sobtada. El pacient és visitat a consulta programada del centre d'Atenció Primària perquè presenta dolor punxant retroesternal de 5 a 20 min de durada, amb sudoració i mareigs ocasionals, no relacionat amb l'esforç i sense desaparèixer amb el repòs. Aquest dolor es va iniciar fa un any, però en la darrera setmana ha augmentat la seva freqüència fins a fer-se diari. Sense febre, tos ni dispnea.

Exploració física: Tensió arterial de 130/78 mmHg, freqüència cardíaca de 82, índex ce massa corporal (IMC) de 20 i $SatO_2$ del 95%. Auscultació cardiorespiratòria normal.

Electrocardiograma: Ritme sinusal, 75 ppm, amb PR normal, BIBD, elevació de l'STV1-V2 (amb aleta de tauró), suggestiva de síndrome de Brugada.

Amb l'orientació diagnòstica de la síndrome de Brugada es deriva al servei d'urgències per completar l'estudi del dolor toràcic i descartar cardiopatia isquèmica.

Es confirma el diagnòstic i es descarta la cardiopatia isquèmica (troponines, prova d'esforç negatiu, tomografia computada d'emissió monofotònica (SPECT) amb isquèmia lleu moderada inferior, però angiogràficament normal).

Se li realitza un estudi electrofisiològic per a la detecció d'arrítmies, negatiu, i es recomana un estudi genètic dels familiars.

Es realitza un electrocardiograma a tots els familiars de primer grau a l'Atenció Primària, i es deriven per a estudi genètic aquells que presenten BBD o elevació d'ST amb patró suggestiu de síndrome de Brugada.

Es retira el tramadol, com a fàrmac inductor. Es recomana evitar la febre.

Com a conclusió hauríem de remarcar la importància de tenir present la síndrome de Brugada en les consultes d'Atenció Primària quan avaluem un pacient amb dolor toràcic.

Tens un esquinç de turmell, però això del braç és un melanoma

Anna Isabel Pellicer Sanahuja
Neus Martínez Martínez
Tareca Díaz Grijuela

Contacte:
neus.martinez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6982

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta i història clínica: Pacient sense antecedents medicoquirúrgics ni familiars d'interès. Treballa de conductor de camions. Consulta per un dolor a nivell del turmell esquerre, per una torçada el dia anterior. Com som a l'estiu i el pacient vesteix amb samarreta de màniga curta i sense rellotge, identifiquem una lesió hipercròmica a la cara dorsal de l'avantbraç dret, amb perifèria hipocròmica. En el mateix moment s'avisa el company del centre que realitza les dermatoscòpies perquè revisi la lesió. Identificant que es tracta d'un melanoma. Es realitza la interconsulta telemàtica aquell mateix dia i a través de la gestora de casos del centre (ja que a l'estiu hi ha molts professionals de vacances i els circuïts no funcionen tan bé) es confirma visita en 1 setmana amb dermatologia. Es realitza exèresi 20 dies després de la visita inicial. A través de l'anatomia patològica es confirma el diagnòstic de melanoma maligne d'extensió superficial. Actualment en seguiment per dermatologia.

Conclusions: La capacitació dels metges d'Atenció Primària en tècniques que augmenten el nostre grau de resolució permet agilitzar la gestió de certes patologies que precisen d'intervenció ràpida. Cal remarcar que va ser un resident qui va realitzar la dermatoscòpia. S'ha d'augmentar el nombre de professionals amb aquestes capacitacions per evitar que els circuits depenguin de les persones.

Open Acces creative commons

Magdalena Jurado Ruiz
Francisco Javier Fernández Segura
Cristina Muñoz López

Contacte:
crisyecla@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6983

Anamnesis y registro, actores principales

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Mujer de 50 años, asintomática, con leve alteración persistente de la función hepática, por lo que se solicita ecografía abdominal.

Antecedentes patológicos: Trastorno bipolar en tratamiento farmacológico y seguimiento por psiquiatra privado de larga evolución. Fractura de pelvis y de tibia derecha, hace 20 años, intervenidas quirúrgicamente con alteración de la marcha residual.

Exploraciones complementarias: El día que realiza ecografía abdominal, la radióloga contacta telefónicamente con nosotros y nos informa de la necesidad de ampliar el estudio por el hallazgo de una imagen de seudorriñón, que podría corresponder a un engrosamiento parietal concéntrico de un segmento del colon descendente. Solicitamos tomografía axial computarizada (TAC) abdominal urgente. Se realiza a los dos días, con el paciente informado. Esplenectomizada, con focos nodulares múltiples en celda esplénica sugestivos de esplenosis. Masa polilobulada centropelviana, sugestiva de esplenosis.

Juicio clínico: La esplenosis se define como el autotrasplante heterotópico de tejido esplénico como resultado de rotura del bazo por trauma o cirugía. Es una entidad benigna y de hallazgo casual, aunque en ciertas ocasiones las pruebas de imagen puedan orientar a malignidad. Se realizó interconsulta con la digestóloga de zona. Confirma la benignidad de la entidad y que no requiere seguimiento ni tratamiento, en TAC pélvico realizado por cirugía ortopédica y traumatología (COT) un año antes no se describe, pero sí se identifica la misma estructura y de características y tamaño similares. La paciente sufrió un accidente de tráfico 20 años atrás. En los antecedentes constaban las fracturas óseas que presentó, pero no la esplenectomía que condicionó la realización de pruebas complementarias y con carácter urgente.

Conclusiones: Este caso muestra la importancia de la anamnesis y del registro de antecedentes en la historia clínica de los pacientes. Por otro lado, cabe destacar el trabajo interdisciplinar entre los diversos profesionales ante la sospecha clínica de patología grave.

Anna Isabel Pellicer Sanahuja
Neus Martínez Martínez
Tareca Díaz Grijuela

Contacte:
neus.martinez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6985

No toco res, però jo li faig l'«ECO»

Àmbit: Atenció Primària.

Motiu de consulta i història clínica: Dona de 33 anys (atorga el seu consentiment per a la publicació del cas), mare d'un nen de 2 anys, motiu pel qual ara sempre està preocupada. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, amb antecedent quirúrgic d'exèresi lipomatosa de la zona cervical posterior fa 3 mesos. La pacient acut a consulta amb un llistat de símptomes des de l'exèresi del lipoma. La molesten i preocupen. Entre els dolors refereix molèsties a nivell cervical i ens explica lleus molèsties a l'empassar. En l'exploració física s'observa la tiroide, normal, i es fa revisió orofaríngea, també normal. Com aquest matí hem fet un parell d'ecografies clíniques i tenim l'ecògraf del centre obert, li demanem que vagi a la zona de diagnòstic d'imatge per revisar que tot estigui bé al coll. Es realitza ecografia clínica de parts toves sense troballes a la cicatriu de l'exèresi del lipoma, però s'identifica un nòdul al lòbul tiroidal esquerre, que classifiquem com a TI-RADS 4. Se sol·licita punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) a radiologia i es confirmant carcinoma papil·lar de tiroide. Actualment es troba pendent d'intervenció quirúrgica.

Conclusions: Els pacient amb múltiples motius de consulta poden amagar incidentalomes que cal gestionar i, a vegades, la seva resolució no millora la clínica inicial del pacient. Li milloraran les molèsties quan li treguin el papil·lar de la tiroide? Ho dubto. Tenir tantes proves a l'abast pot ser perillós per al pacient?

Open Acces creative commons

Me caigo de sueño

Marcos Sánchez Sánchez
Mireia Martínez Martí
Azahara Carbonel Tabuenca

Contacte:
azaharacarbonel@yahoo.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6986

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Somnolencia.

Historia clínica: Mujer de 43 años con somnolencia diurna, mal descanso nocturno y alucinaciones visuales (ve muertos, fuego) diurnas y nocturnas. Últimamente comenta: «Me caigo al suelo de sueño».

Antecedentes personales: Migraña crónica con aura desde los 12 años; excesiva somnolencia diurna con afectación escolar y laboral. Alucinaciones hipnógicas e hipnopómpicas, parálisis del sueño, disminución de fuerza en las piernas. Exploración: Bioquímica, hemograma y perfil tiroideo normales.

Pruebas complementarias: Polisomnograma: Sueño REM (rapid eye movement) en períodos anormales. Test de latencia múltiple del sueño: Latencia media <5 minutos y dos inicios de sueño en fase REM. Inmunogenéticas: HLA-DR15 positivo. Punción lumbar: Ausencia de hipocretina. Juicio clínico: Trastorno psicótico/narcolepsia. Diagnóstico diferencial: Insomnio, apnea obstructiva crónica, síndrome de piernas inquietas o trastornos psiquiátricos. Identificación de problemas: En España, la narcolepsia afecta a unas 30.000 personas. Solo el 5% están diagnosticadas correctamente. La cataplejía se da en el 70% de los pacientes y se distingue de los trastornos convulsivos porque están conscientes.

Tratamiento: Estimulantes del sistema nervioso central: Anfetaminas, metilfenidato y pemolina. Modafinilo (fármaco no anfetamínico). Antidepresivos: Débil evidencia clínica. Oxibato sódico, de elección. Menos efectos secundarios y no produce tolerancia. Los cambios de estilo de vida ayudan en el control de los síntomas y mejoran la calidad de vida. Evolución de los problemas de conducta infantiles: Síndrome de hiperactividad y déficit de atención, problemas en el desarrollo psicológico, social y cognitivo.

Conclusiones: Ante una somnolencia excesiva, no hay que olvidar la pregunta: ¿Se le aflojan las piernas cuando se ríe? Estos pacientes pueden perder el tono ocular o mandibular con sensaciones fuertes, como reírse. Identificación precoz de los médicos de Atención Primaria para prevenir la aparición de problemas de conducta infantiles: Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Si no se diagnostica pronto, puede ocasionar problemas en el desarrollo psicológico, social y cognitivo. Papel esencial del médico de familia en la adherencia terapéutica para mejorar la calidad de vida.

Doctora, se me cae la cabeza

Ángela Hernandez Martín
Vega García Peña
Victoria Martínez Garcia

Contacte:
vmartinez@ssibe.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6987

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Debilidad muscular.

Historia Clínica: Hombre de 62 años, fumador, hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica y estenosis espinal lumbar. En tratamiento con enalapril + hidroclorotiazida, aceclofenaco, pregabalina.

Enfermedad actual: Debilidad de la musculatura cervical desde hace una semana. Empeora con el esfuerzo. Debilidad en ambas manos que dificulta la alimentación. Incapacidad para sujetarse la cabeza (en la consulta se sujeta la cabeza con la mano), dificultad para la masticación y disfagia motora. Disartria y parestesias en piernas. Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado, afebril. Limitación de la rotación cervical hacia la derecha, el resto de movimientos conservados. Fuerza de la musculatura cervical disminuida. Fuerza disminuida en los brazos. Sin alteración sensitiva. Reflejos osteotendinosos conservados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Ptosis palpebral sin diplopía referida. Pruebas complementarias: Hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG) y coagulación normales. Prueba del edrofonio: Mejoría clara de los síntomas de debilidad, tras haber administrado la dosis correspondiente. Estudio neurofisiológico, compatible con alteración de la unión neuromuscular. Anticuerpos del receptor de acetilcolina (ARAch) positivos y anti-MuSK negativos.

Juicio clínico: Miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial: Botulismo, con debilidad descendente, afectación pupilar y antecedente epidemiológico. Síndrome de Lambert-Eaton, cuya progresión es ascendente: Presenta clínica autonómica e hiporreflexia. Pensaríamos también en otros síndromes miasteniformes, como la miastenia inducida por tóxicos (penicilamida), lesiones ocupantes de espacio y enfermedad de Graves. Tratamiento con anticolinesterásicos, como la piridostigmina y los corticoides. Realizamos tomografía axial computarizada (TAC) para descartar la presencia de timoma.

Conclusión: La miastenia gravis puede simular una gran cantidad de enfermedades neuromusculares y su debut puede ser muy inespecífico. El médico de familia debe tener presente esta enfermedad, ya que su pronóstico depende de un rápido diagnóstico y tratamiento. A través de una anamnesis y una exploración detalladas, la confirmación de la sospecha es fácil con la búsqueda de anticuerpos del receptor de acetilcolina en suero y electromiografía.

Open Acces creative commons

Una visión global. Más allá del motivo de consulta

Gloria Ortiz
Gabriela Destefano

Contacte:
gabidest@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6991

Hombre de 72 años que consulta por primera vez en Atención Primaria por ojo seco.

Historia clínica: Al ser su primer contacto con nuestro sistema sanitario se realiza entrevista clínica en la que se recoge que no tiene antecedentes médicos. Es natural de China y reside en España desde hace cuatro años. Existe barrera idiomática, por lo que su nieta de 13 años actúa de traductora. El paciente acude por sensación del ojo seco bilateral desde hace tres días, sin otra clínica acompañante. En el examen físico destaca la exploración de ambos ojos sin alteraciones. Además, como parte de la primera visita, se propone realizar una exploración física completa, pero el paciente la rechaza. Se decide aplicar el protocolo de atención al paciente inmigrante recién llegado: Se solicita analítica y coprocultivos para cribado de patologías importadas, en la que destaca la serología positiva para *Treponema pallidum*. Se cita al paciente para una segunda visita, a la que acude acompañado de su hijo de 45 años, como traductor. No se consigue averiguar ningún contacto sexual de riesgo. Refiere que su pareja habitual es su esposa. Se objetiva exantema cutáneo maculopapular en extremidades y tórax, y lesiones papulares en las plantas de pie y en las palmas de manos, que han aparecido en las dos últimas semanas. Se orienta como secundarismo luético y se administra una dosis de bencilpenicilina. Se cita una semana después: Se objetiva disminución de la lesiones del cuerpo. En la analítica de control, a los 4 meses, se objetiva disminución de títulos. Para su motivo de visita inicial se recomendó un colirio lubricante con el que mejoraron los síntomas.

Conclusiones: En este caso destaca la visión integradora del médico de Atención Primaria. Por ello, no se centra únicamente en el motivo de consulta del paciente, sino que tiene en cuenta sus circunstancias globales en la planificación del abordaje.

Autopalpació de massa supraclavicular

Laia Viñas Terris
Dolors Fernández Punset
Lidia Bosch Capdevila

Contacte:
lboschcapdevila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6992

Pacient de 27 anys, fumadora de 4 cigarretes/dia i tractament amb anticonceptius orals que acut per autopalpació de tumoració supraclavicular dreta, de 3 setmanes d'evolució, sense cap altra simptomatologia associada. En l'exploració física, palpació d'adenopatia supraclavicular dreta de 4 cm, dura, ben definida, indolora i immòbil. La resta de l'exploració fou anodina. Se sol·licità analítica sanguínia on destacà hemograma amb lleu leucocitosi a costa de neutrofília (leucòcits, 15,6 k/mcl; neutròfils, 73%), proteïnograma normal, perfil hepàtic conservat, velocitat de sedimentació globular (VSG) i PCR negatius, i serologies amb immunitat d'Epstein-Barr, citomegalovirus, TXP, VIH, virus de l'herpes simple i hepatitis negatives. Se sol·licita radiografia de tòrax, que no suggereix cap patologia subjacent i es realitza prova de Mantoux, negativa.

Pel que fa al diagnòstic diferencial sospitem de:

1. Adenopatia reactiva a infecció vírica vs, bacteriana, com a causa més freqüent d'aparició d'adenopaties, però el pacient no té simptomatologia infectiva acompanyant i l'analítica és negativa.
2. Autoimmunitat, encara que no hi ha clínica present ni paràmetres analítics alterats.
3. Fàrmacs: Els anticonceptius orals no són causa d'adenopaties.
4. Malaltia limfoproliferativa: Presència d'adenopatia supraclavicular sense síndrome tòxica, amb leucocitosi i reactants de fase aguda baixos.
5. Altres: Malalties de Castleman, de Kawasaki o febre mediterrània familiar.

Així, doncs, davant la sospita de malaltia limfoproliferativa se sol·licita biòpsia supraclavicular dreta (limfoma de Hodgkin clàssic, subtipus esclerosi nodular, de grau II) i estudi d'extensió (tomografia axial computada [TAC] toracoabdominal), on s'observa la presència d'adenopaties al mediastí, que ocupen totes les àrees ganglionars, adenopatia supraclavicular dreta i la resta normal. Atesos els resultats, es deriva a hematologia per a l'inici del tractament.

Conclusions:

1. Una anamnesi i una exploració física adequades permeten arribar al diagnòstic en el 90% d'adenopaties.
2. Si l'adenopatia és supraclavicular, s'ha de descartar l'etiologia maligna.
3. La biòpsia excisional és la prova diagnòstica més eficient per a una adenopatia.

La pacient accepta utilitzar les seves dades per raons científiques i disposem d'aquesta autorització.

Open Acces creative commons

Programa de millora de les habilitats comunicatives dels residents de medicina i d'infermeria familiar i comunitària

Anna Font Bosque
Enriqueta Díaz Pàmies
Francesc Xavier Cantero Gómez

Contacte:
fxcantero.cc.i cs@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6993

Objectius: En revisar el Pla Individualitzat Formatiu dels metges/esses i infermers/eres interns residents del nostre àmbit es detectà que no s'avaluen específicament les competències en comunicació. Es dissenyà un pla de millora i un model d'avaluació per competències en habilitats comunicatives.

Descripció:

1. Formació en comunicació:
   - 1.1 Curs d'introducció a les habilitats comunicatives. 12 hores, tutors docents. (MIR1-IIR1.)
   - 1.2 Sessió sobre comunicació i ètica. 3 hores, docents membres del comitè d'ètica. (MIR2-IIR2.)
   - 1.3 Curs d'atenció a la família i a la comunitat. 4 hores, tutors docents. (MIR3-IIR2.)
   - 1.4 Curs continuació habilitats comunicatives. 8 hores, tutors docents. (MIR4-IIR2.)
2. Activitats a realitzar pel resident durant la residència:
   - 2.1 Avaluació del treball assistencial: Enregistrament de vídeo, observació estructurada de la pràctica clínica o MiniCex per rotació i segons preferència del tutor o del resident.
   - 2.2 Un incident crític anual relacionat amb la comunicació: (Metge/pacient, metge/família, metge/altres professionals).
   - 2.3 Participació en una activitat comunitària.
   - 2.4 Simulació per avaluar habilitats comunicatives: Final de residència.

Avaluació formativa del resident durant tota la residència. Identificació de fortaleses i debilitats, objectivació de progressos introduint mesures correctores, guiatge i direcció del desenvolupament professional (pla formatiu individual adaptat al resident). Seguiment de l'assistència i de la participació activa en els cursos. Reflexió sobre un incident crític mitjançant una posada en comú en grup dels professionals sanitaris. Elaboració d'un informe anual.

Conclusions: Mitjançant el seguiment de les activitats planificades que ha de realitzar el resident savaluaran després de cada rotació, per part del tutor responsable, les competències en comunicació segons taula dissenyada com model davaluació de competències en habilitats comunicatives (sadjuntaria a la presentació). A la reunió anual de la Comissió d'Avaluació es durà a terme una avaluació per competències de levolució anual del resident.

Aplicabilitat: Creiem que aquest projecte de millora així com el model davaluació per competències es aplicable en la majoria dunitats docents.

Tumoració intradural i dolor nocturn

Sira Casablancas Figueras
Leticia Fresco Quindós
Alba Calderó Torra

Contacte:
caldero@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6994

Àmbit del cas: Atenció Primària i hospitalària.

Motiu de consulta: Dolor nocturn a les cames.

Història clínica: Dona de 54 anys, hipertensa, consulta per dolor nocturn inguinal bilateral irradiat als genolls, d'uns 4 mesos d'evolució. Millora amb antiinflamatoris. Es manifesta diàriament entre les 4 i les 6 de la matinada i li impedeix el descans nocturn. Es resol als pocs minuts de llevar-se. Es troba asimptomàtica durant el dia. Exploració: Anodina, sense focalitat neurològica, sensibilitat i força conservades, sense lesions cutànies. Proves complementàries: Es realitzen una analítica general i radiografies de la columna lumbar i del maluc, que són normals. La ressonància magnètica (RM) de maluc mostra signes de tendinosi a la inserció dels isquiotibials esquerres. Com les troballes no justifiquen la clínica, amb reumatologia s'acorda realitzar una RM dorsolumbar: Tumoració de 36 x 12 x 20 mm a T12-L1, de localització intradural extramedul·lar i que comprimeix el cordó medul·lar. Les característiques radiològiques suggereixen schwannoma/neurofibroma solitari i es deriva a neurocirurgia.

Orientació diagnòstica: Lesió ocupant d'espai extramedul·lar intradural, de característiques radiològiques benignes. Diagnòstic diferencial: Els tumors de la beina nerviosa (TBN) representen el 25% dels tumors extramedul·lars intradurals. La majoria són schwannomes (65%) o neurofibromes. Són menys freqüents els TBN malignes (5%). A part dels TBN, cal descartar també: Meningioma, ependimoma mixopapil·lar, paraganglioma, ganglioneuroma, hemangioma i angioma cavernós.

Tractament i evolució: Es resseca quirúrgicament el tumor i la pacient queda asimptomàtica. L'anatomia patològica informa que es tractava d'un schwannoma.

Conclusions: Els schwannomes creixen lentament. Les seves manifestacions clíniques depenen de la localització. El pronòstic és generalment bo. La ressonància magnètica amb contrast delimita l'afectació tumoral. El tractament d'elecció és quirúrgic. En cas de trobar-nos amb una clínica suggestiva d'aquesta patologia és important que des d'Atenció Primària s'arribi a un diagnòstic precoç abans de l'aparició de símptomes derivats de la compressió medul·lar.

Open Acces creative commons

Elisabet Martorell Solé
Faiza-Kiran Mohammad Jabeen

Contacte:
kiran159@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_6996

Importància d'un bon vincle entre Atenció Primària i hospitalària

Motiu de consulta: Home de 51 anys que consulta per augment del perímetre cervical, edema i eritema facials i sensació dispneica.

Antecedents: Fumador d'1 paquet/dia. Enol esporàdic. Diabetis mellitus de tipus 2. Hepatitis crònica C.

Anamnesis, exploració i proves complementàries: Inicialment acut a urgències d'Atenció Primària (AP) per augment del perímetre cervical, i edema i eritema facials. Nega febre o cap altra simptomatologia. S'orienta com a parotiditis i es pauten antiinflamatoris. PCR vírica negativa. Consulta a urgències d'AP 2 dies després, perquè s'hi han afegit una sensació dispneica i palpitacions. Es realitza electrocardiograma (ECG): Arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular (ACxFA) ràpida. Es deriva a urgències hospitalàries. Des del CAP se sospita tiroïditis i se sol·licita analítica urgent. A urgències hospitalàries la reversió al ritme sinusal és espontània. Se li dona l'alta per l'estabilitat hemodinàmica i es recomana estudi ambulatori. És visitat a AP 24 h després. Com la clínica compressiva empitjora, sobretot en decúbit, i amb la sospita de tiroïditis, es contacta amb l'hospital de dia d'endocrinologia i es realitza ecografia cervical. S'hi observa reducció del diàmetre traqueal i augment difús tiroidal. Se sol·licita tomografia axial computada (TAC) cervicotoràcica urgent: Mostra una possible lesió tumoral al lòbul superior dret, amb signes de compressió de la vena cava superior. Es realitza broncoscòpia, que confirma carcinoma microcític pulmonar (T4N3Mx).

Judici clínic: Inicialment s'orienta com a parotiditis, però el resultat negatiu de la PCR i la persistència dels símptomes fan replantejar el diagnòstic. L'augment del perímetre cervical i la taquicàrdia són suggestius de tiroïditis i es continua l'estudi ambulatori, tot i la derivació a urgències hospitalàries. La bona coordinació amb endocrinologia hospitalària permet assolir un diagnòstic ràpidament.

Diagnòstic diferencial: Parotiditis, tiroïditis, neoplàsia pulmonar amb síndrome de la vena cava superior.

Tractament: Dexametasona oral. Quimioteràpia (cisplatí + etopòsid) + radioteràpia concomitant. Ressonància magnètica cranial sense evidència metastàsica. Radioteràpia holocranial.

Evolució: Una TAC toràcica posttractament mostra la disminució de les consolidacions als lòbuls superiors.

Conclusions: El fet de conèixer el pacient gràcies al seguiment longitudinal que proporciona l'Atenció Primària ajuda en el procés diagnòstic. La importància de la bona coordinació entre l'Atenció Primària i l'hospitalària permet una rapidesa diagnòstica i terapèutica.

Carmen Franco Mesas
Ruth Curto Samblas
Jordi Hoyo Sánchez
Marta Sorribes Capdevila

Contacte:
jordihoyo@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_7000

Vine al cor del cap

Objectiu de l'experiència: Amb l'objectiu d'apropar a la ciutadania la realitat i els serveis del centre d'Atenció Primària (CAP) s'ha fet una jornada de portes obertes per adquirir coneixements que puguin ajudar el ciutadà.

Descripció de l'experiència: Tots els professionals de l'equip han participat. S'han realitzat tallers de salut bucodental, reanimació cardiopulmonar, dieta, pressió arterial, tabac, grip i salut comunitària, dues caminades pel barri, xerrades de sobremedicació, sobre la presa de decisions vitals, seguretat a la llar, violència de gènere i malalties de transmissió sexual. Hem tingut una consulta oberta per a activitats preventives, un espai amb la direcció de l'equip i una exposició fotogràfica del barri dels últims 100 anys. La difusió s'ha fet mitjançant el personal sanitari del centre, tríptics informatius al centre, farmàcies, escoles, casals, l'ajuntament, ràdio i televisió, i l'enviament massiu de missatges SMS als usuaris. S'ha realitzat una enquesta d'opinió a tots els usuaris que s'han apropat al centre.

Conclusions: L'experiència ha estat ben valorada per tot el personal del centre. El perfil dels usuaris assistents (dades basades en les enquestes) ha estat: Dones (62,8%), amb una edat mitjana de 56,3 anys. Un 51,4% s'ha assabentat de la jornada per mitjà del personal sanitari del centre o per la seva difusió en el propi centre. L'activitat que més ha agradat ha estat la reanimació cardiopulmonar (56,5%) seguida de la consulta oberta per a activitats preventives (13%). El 100% recomanarien l'activitat a altres persones i un 97% ha millorat la imatge que tenia del CAP.

Aplicabilitat: L'experiència ha estat positiva, ja que ha generat més cohesió d'equip, ha ajudat a conèixer els interessos de la població, ha millorat la percepció dels usuaris cap a l'equip i s'ha fet activitat comunitària. Creiem que aquesta jornada és aplicable a altres CAP per apropar-los als usuaris.