

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARLOS TORRES RÍOS

Contacte:
carlitostr@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7109

Revisión sistemática del gasto económico destinado al final de la vida. Un análisis comparativo entre países

Introducción: en la actualidad, una esperanza de vida cada vez mayor, ligada a una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y a una deseada mejora en la calidad médica asistencial, hace necesaria una reflexión acerca de los recursos que dedicamos a las últimas etapas de nuestra vida.

Objetivo: 1) definir límites y diferencias conceptuales relacionados con la fase de final de vida según la región o cultura estudiada; 2) conocer y comparar el gasto económico atribuido por países, y 3) hallar evidencia que pudiera justificar una redistribución de los recursos.

Métodos: se realizó una búsqueda sistemática en seis bases de datos médicas y económicas, y se amplió con fuentes terciarias y literatura gris, incluyendo artículos publicados entre 2012 y abril de 2020. En cuanto a criterios de inclusión, se priorizaron estudios de corte económico de tipo coste-efectividad e informes de la administración.

Resultados: los 37 artículos incluidos fueron estudios en países desarrollados, destacando una gran variabilidad en la financiación y distribución del gasto económico. La totalidad de estudios de coste concluyó que los cuidados al final de la vida representan un incremento de hasta un 80% respecto a fases previas. Los servicios proporcionados en el domicilio del paciente resultan coste-efectivos en comparación con las alternativas convencionales, destacando la gran relevancia que adquieren los cuidados informales en este entorno.

Conclusión: la evidencia actual sugiere que los cuidados paliativos tienen el potencial de ser rentables y de mejorar la calidad de vida en sus últimas fases. La aplicabilidad general y la validez externa de la evidencia resultaron inciertas debido a tamaños de muestra insuficientes y a la limitada modelación de costes y efectos. Son necesarias más evaluaciones económicas específicas de esta etapa de la vida, con muestras más representativas y basadas en resultados centrados en el paciente y sus cuidadores.

NATALIA ECHIBURU SALINAS
ANTONIETA ALSO FONTANET

Contacte:
echiburu@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7110

¿Migraña o algo más?

Historia clínica: ámbito del caso clínico: atención primaria

Motivo de consulta: cefalea migrañosa.

Antecedentes: mujer de 31 años, sin hábitos tóxicos, ni alergias conocidas. Antecedentes de cefalea migrañosa desde la juventud con 1-2 episodios mensuales. Los trata con dexketoprofeno y triptanos de rescate. COVID-19 leve en julio de 2021. Usaria de anillo vaginal.

Enfermedad actual: acude a nuestra consulta por presentar cefalea migrañosa persistente, náuseas y vómitos intermitentes, de días de evolución, de gran intensidad, que le despierta por la noche, de carácter continuo y opresivo que ha requerido atención en urgencias cuatro veces, siendo refractaria al tratamiento intensivo con corticoterapia y analgesia. Refiere que desde el COVID-19 las características de la migraña se han modificado. Actualmente en tratamiento corticoideo en pauta descendente (4ª tanda), dexketoprofeno fijo y tratamiento de rescate con triptanos. En el momento de la consulta, asintomática.

Exploración física: paciente con buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable. Consciente y orientada. Neurología: no focalidad, no rigidez nuchal, no alteraciones visuales, pupilas isocóricas, normorreactivas, no disimetrías ni alteraciones sensitivomotoras.

Diagnóstico diferencial: cefalea migrañosa, trombosis cerebral, hemorragia subaracnoidea.

Pruebas complementarias: analítica, resonancia magnética.

Evolución: solicitamos analítica y resonancia magnética cerebral tras lo cual derivamos al servicio de neurología para manejo más especializado. Posteriormente se evidencia en la resonancia magnética la presencia de una trombosis de los senos venosos y se inicia enoxaparina. Durante el ingreso se retira anillo vaginal y se deriva a hematología para estudio de riesgo protrombótico.

Orientación diagnóstica: trombosis cerebral.

Tratamiento: enoxaparina, Tryptizol®, Primperan® si náuseas.

Conclusión: dentro de las complicaciones por infección por SARS-CoV-2, aunque con baja frecuencia, pueden existir fenómenos trombóticos tales como la trombosis cerebral, por lo cual, se ha de tener en cuenta en pacientes que presentan un cambio en las características del dolor o con factores de riesgo asociados.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NATALIA ECHIBURU SALINAS
ANTONIETA ALSO FONTANET

Contacte:
echiburu@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7111

¿Simple brote de artritis con afectación dermatológica?

Àmbit del cas clínic: atenció primària.

Motivo de consulta: erupció cutànea i dolor en 5.º dedo.

Antecedentes: home de 61 anys sin alergias conocidas, fumador de 5-6 cig/día. Epilepsia en tratamiento farmacológico y estabilidad clínica, síndrome de apnea-hipopnea del sueño e hipertensión arterial. Acude a nuestro centro de atención primaria por presentar lesiones cutáneas pruriginosas en torso y extremidades. Además, presenta deformidad en la 5.ª interfalángica proximal derecha (IFP), con dolor; niega traumatismo previo. No refería picadas, ni medicación nueva. Previamente se había orientado como una escabiosis, pautándose permetrina sin mejoría.

Exploración física: normotenso, afebril, auscultación normal. Lesiones papulares simétrica en extremidades inferiores, tronco, antebrazo y axilas. Lesión vesiculosa en antebrazo derecho de 0,5 cm. No aftas orales. No surcos acarinos. No adenopatías. Tumoración y dolor en 5.ª IFP derecha.

Diagnóstico diferencial: brote de artritis con lesiones dermatológicas, reacción alérgica, pénfigoide ampolloso, escabiosis.

Evolució: analítica con eosinofilia (800) y FR negativo. Se solicita radiografía de manos y tórax, y se inicia analgesia. El paciente reconsultó en urgencias, se descartó patología aguda y se orientó como un pénfigo ampolloso. Radiológicamente se evidencia una masa pulmonar y ensanchamiento mediastínico a correlacionar con una fractura patológica de la 5.ª IFP derecha, de posible origen metastásico, por lo que se solicita una tomografía computada-tomografía por emisión de positrones body, la cual mostró una neoplasia pulmonar con adenopatías y metástasis a distancia.

Orientación diagnòstica: pénfigo paraneoplàstico secundario a metástasis a distancia de un carcinoma pulmonar.

Tratamiento: se deriva a oncología para iniciar tratamiento asistencial.

Conclusió: al valorar a pacientes que se presentan con un cuadro de pénfigo ampolloso de forma inicial, se recomienda descartar la posibilidad de que este forme parte de un síndrome paraneoplàstico.

JOANA ANDREU MONDON
DARIO MARTÍN MORERA
ZULLY KARIN AMATA CARRERA

Contacte:
joana.andreu.m@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7112

No totes les dispnees són respiratòries

Història clínic: hipertensió arterial, fumador 1 paq/dia. Home de 44 anys, acudeix a atenció primària per dispnea de 2 mesos d'evolució, inicialment en els esforços mitjans, progressant fins al repòs aquest últim mes, també ortopnea, tos, mucositat no mucopurulenta i edemes a les extremitats inferiors. Explica caigudes freqüents d'uns 10 anys, a les quals mai ha donat importància, i també una marcada limitació per iniciar la bipedestació per "falta de força".

Exploració: AC: rítmica, edemes a les extremitats inferiors. AR: hipofonesi global, crepitants bilaterals, saturació al 93%. Reflexes rotular i aquil·lià sense alteracions.

Proves complementàries: ECG: taquicàrdia sinusal, no alteracions repolarització. Radiografia de tòrax: infiltrats bibasals. Es deriva el pacient a urgències. AG: normal. CK: 794. GSA: insuficiència respiratòria hipercàpnia probablement crònica, amb compensació metabòlica. S'inicia ventilació mecànica no invasiva amb bona adaptació i millora. Radiografia de turmell: no LOA.

El pacient queda ingressat, orientat com una insuficiència cardíaca de debut. Posteriorment es descarta el diagnòstic ja que no hi ha elevació del pro-BNP i l'ecocardiografia és normal. Se sol·licita interconsulta amb neurologia per sospita de miopatia, posteriorment s'orienta com a probable distròfia miotònica de Steinert, en l'electromiografia: miopatia generalitzada de predomini en musculatura proximal tant a les extremitats superiors com a les inferiors.

Alta amb millora. Control metge d'atenció primària i seguiment per pneumologia i neurologia. Derivat a consell genètic.

Judici clínic: pacient jove, hipertensió arterial i fumador; presenta dispnea a mínims esforços de 2 mesos i caigudes freqüents d'uns 10 anys.

Diagnòstic diferencial: malalties neurològiques. Neoplàsies o síndrome paraneoplàstica. Miopaties per drogues o tòxics. Miositis infecciosa. Miopaties metabòliques.

Conclusions: la distròfia miotònica de tipus I o de Steinert és una malaltia multisistèmica d'origen autosòmic dominant, generada per l'alteració de l'expansió de CTG, és la miopatia més prevalent en l'adult que produeix alteracions en el múscul esquelètic, cardíacs, oculars, endocrines i neurològiques. El diagnòstic s'estableix a partir d'estudis genètics, clínica o electromiografia. El tractament és únicament simptomàtic.

VÍCTOR LÓPEZ - MARINA
TERESA RAMA MARTÍNEZ
ANGELINA AUMALA AGUILERA
ÁNGELA MARCELA COLQUECHAMBI CASTILLO
ROSA ALCOLEA GARCÍA
LAURA TORNÉ MARTÍ

Contacte:
victor_lopezmarina@yahoo.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7113

Epidemiologia de la patologia psiquiàtrica en l'atenció primària

Objectiu: conèixer la epidemiologia dels trastorns psiquiàtrics en un equip d'atenció primària.

Material i mètodes: disseny: estudi descriptiu transversal. Àmbit de realització i nivell d'atenció sanitària: deu consultes d'un equip d'atenció primària semiurbà.

Nombre de subjectes inclosos i metodologia: dels 13.609 pacients assignats a l'equip el juny de 2016, es van escollir 18 diagnòstics codificats per la CIE-10 (utilitzada pel sistema informàtic ECAP) que corresponien a les principals patologies psiquiàtriques: 5 de l'àrea ansiosa; 7 de l'esfera depressiva; 6 dels trastorns no ansiosodepressius (esquizofrènia, trastorns de la ingestió d'aliments, trastorn dissociatiu [de conversió], trastorns específics de la personalitat, trastorn per consum d'alcohol i fibromiàlgia).

Mesures: prevalença global, segons sexe i per grups d'edat, prevalença de cada àrea psiquiàtrica amb esment de la subcategoria diagnòstica més freqüent de cadascuna.

Anàlisi estadística: valors absoluts, percentatges i intervals de confiança del 95% (IC).

Resultats: prevalença global: 35,42%, IC: 29,17-41,33% (4.820 pacients). Prevalença segons sexe: 37,5%, IC: 32,58-42,83% (1.807 homes); 62,5%, IC: 56,62-67,92% (3.013 dones). Prevalença per grups d'edat: 18-30 anys, 7,91%, IC: 5,09-10,97% (382); 31-50 anys: 39,27%, IC: 35,56-43,48% (1.893); 51-65 anys: 30,01%, IC: 26,57-33,72% (1.447); >65 anys: 22,81%, IC: 18,79-25,07% (1.099). Prevalença de cada àrea psiquiàtrica amb esment de la subcategoria diagnòstica més freqüent de cadascuna: ansietat: 22,59%, IC: 18,28-26,87% (3.075), presentava el 68,19% (2.097) trastorn d'ansietat inespecífic; depressió: 8,26%, IC: 7,23-9,34% (1.126), i tenia el 62,38% (703) un episodi depressiu no especificat; trastorns no ansiosodepressius: 4,57%, IC: 3,83-5,31% (619), i patia el 69,62% (431) un trastorn per consum d'alcohol.

Conclusions: 1. Tenim una prevalença global de patologia psiquiàtrica molt superior a la d'altres estudis (35,42% per 10-30%). 2. És més prevalent en dones i en la edat mitjana de la vida (31-65 anys). 3. Els trastorns d'ansietat són els més freqüents. 4. Ens ha de fer reflexionar que les subcategories diagnòstiques més freqüents siguin tan inespecífiques.

NORA GARCÍA I MORALES
MARÍA ALMAZÁN GÓMEZ

Contacte:
noragarmor@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7114

Encefalitis herpètica secundària a síndrome de Ramsay-Hunt. ¿Dónde hemos fallado?

Àmbit del caso: urgencias atención primaria y hospitalarias.

Motivo de consulta: ataxia de la marcha.

Historia clínica: hombre de 68 años sin antecedentes de interés.

Consulta de forma sucesiva por:

05/12/2021: mucosidad y odinofagia de 4 días. Se orienta como amigdalitis, pese a que la exploración física la describe normal y le dan de alta con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/8 h durante una semana.

15/12/2021: otalgia derecha tras amoxicilina/clavulánico. Se orienta como otitis, pese a que la exploración física también la describe normal y se da de alta con azitromicina 500 mg/24 h durante 5 días.

20/12/2021: consulta en urgencias de nuestro hospital por ataxia de la marcha. A la exploración física se objetiva eritema y vesículas sugestivas de herpes zóster en oído derecho. Neurológicamente se objetiva parálisis facial derecha periférica, nistagmo horizontal izquierdo no agotable y marcha inestable con Romberg derecho. Se realiza punción lumbar y la PCR del líquido cefalorraquídeo es positiva para virus varicela zóster. Por la tanto se orienta como síndrome de Ramsay Hunt con encefalitis por varicela zóster y se inicia tratamiento con aciclovir a 10 mg/kg/día ev y prednisona 40 mg/12 h vo.

Como complicaciones durante el ingreso presentó parálisis del nervio laríngeo recurrente derecho con episodios de disfagia, parálisis de la cuerda vocal e hipo secundarios. Tras 10 días de antiviral y correcta evolución se consensuó alta a domicilio.

Conclusiones: es importante una buena descripción de la anamnesis, la exploración física y la orientación diagnóstica, así como del hecho de dejarlo bien reflejado en los informes. A nuestro paciente se le indica en dos ocasiones antibiótico sin quedar clara la indicación. Esto también nos hace reflexionar sobre el uso cotidiano de antibióticos.

Recordar cuando está indicado prescribir antiviral en la infección por herpes zóster (siempre si se complica con un Ramsay Hunt) y tener en cuenta que la corticoterapia no se prescribe de forma rutinaria (solamente si aparece parálisis facial).

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARME PÁEZ REGADERA
VIOLETA URIACH TIMONEDA
ESTEL CALL ALSINA
ANNA NIERGA LLANDRICH

Contacte:
paez.carme@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7121

Sisena onada. Tsunami a l'atenció primària. Com podem millorar?

Objectiu: avaluar les prioritats de millora dels treballadors d'atenció primària per fer front a la sisena onada de la pandèmia.

Descripció: aquests quasi dos anys de pandèmia han suposat una sobrecàrrega per tots els treballadors d'atenció primària.

Amb l'objectiu de detectar necessitats i propostes de millora, es va enviar mitjançant el correu corporatiu un qüestionari anònim a tot el personal del CAP, específicament dissenyat amb aquest objectiu, proposant mesures de millora i per veure les diferents opinions i prioritats, i detectar diferències entre estaments (metge/essa, infermer/era, administratiu/iva, TCA, treballador social, odontòlegs, psicòleg).

Per unificar respostes i facilitar-ne l'anàlisi, es va fer un llistat amb set propostes de millora i cada treballador seleccionava les dues que veia prioritàries.

Conclusions: el 92,22% dels treballadors van respondre l'enquesta. L'opció més seleccionada per tots els treballadors (74,69%) va ser el reforç de personal. En segon lloc (66,26%), la millora de les agendes, ambdues sense diferències entre els diferents estaments.

La tercera opció més seleccionada va ser la compensació econòmica en el cas de metges/essa i infermer/a, en canvi en l'estament administratiu va ser el reconeixement per part de la direcció.

Les altres opcions, com més reunions d'equip, capacitat d'autogestió o copagament van ser seleccionades de forma molt minoritària.

Aplicabilitat: compartir idees de millora i les diferents prioritats ajuda a consensuar i poder-les aplicar de manera més assertiva.

Els treballadors poden aportar idees innovadores i de gran valor, alguna de les quals és de fàcil aplicació.

Facilitar espais per poder intercanviar propostes de millora, per part de les direccions dels centres i compartir-les entre estaments milloraria el funcionament del centre, afavoriria el treball en equip i ajudaria a conèixer les dificultats en el dia a dia de cada estament.

CLARA SABATÉS COLL
ANNA DEU MARTÍNEZ
MARC JIMÉNEZ GALLOFRÉ

Contacte:
clarasabatescoll@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7122

Més enllà de la derivació. Importància d'una anamnesi dirigida

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: esterilitat primària.

Història clínica: pacient de 34 anys, fumador, sense antecedents personals d'interès ni medicació habitual, que consulta al CAP per infertilitat. Aporta seminograma realitzat de forma privada que ha resultat patològic, amb recompte total d'espermatozous baix, amb escàs percentatge de progressius i un 97% dels mateixos anormals. Sol·licita derivació per valorar reproducció assistida. Durant l'interrogatori dirigit, refereix lleu augment del perímetre testicular dret al qual no li havia donat importància, ja que el seu pare tenia una hidrocele i ho havia atribuït a això. Nega clínica associada.

Exploració física amb testicle dret molt augmentat de mida (5 x 3 cm) i endurit, no dolorós a la palpació. Signe de Gouverneur (elevació i horitzontalització) negatiu. Signe de Prehn negatiu. Signe d'Angell (horitzontalització del testicle contralateral) negatiu. Reflex cremasterià conservat. Transil·luminació negativa a la zona de la lesió, però sí s'objectiva una discreta hidrocele dreta associada. No adenopaties inguinals.

Exploracions complementàries: ecografia testicular: testicle dret substituït per una massa solidoquistica de 56 mm x 45 mm, suggestiva de neoplàsia testicular. Moderada hidrocele dreta. Analítica: AFP i B-gonadotropina elevades. Resta de paràmetres sense alteracions.

Diagnòstics: neoplàsia testicular.

Evolució: davant d'una neoplàsia testicular, es realitza intervenció quirúrgica per part d'urologia. L'anatomia patològica va informar de teratoma immadur, sense evidència de recidiva en els controls posteriors. Després del tractament, el seminograma va mostrar millora, aconseguint embaràs espontani en el següent any.

Conclusions: davant d'una massa escrotal és imprescindible fer una correcta anamnesi i una exploració física completa, per tal de descartar escrot agut i, per tant, patologia tributària de valoració a urgències, i sol·licitar les exploracions complementàries adients amb la preferència adequada. D'altra banda, aquest cas demostra que cal estar atents quan un pacient ens demana una derivació directa i sempre cal fer la nostra pròpia valoració. Ens podem emportar sorpreses!

CLARA CARRASCO RAURET
GLORIA FALGUERAS
JUDIT CORNEY

Contacte:
ccarrasco.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7131

No totes les desorientacions en gent gran són infeccions urinàries

La pacient viu en l'àmbit rural, i té 88 anys. Viu amb el seu marit i és autònoma per totes les activitats de la vida diària. Només tenen supervisió econòmica puntual per part de la seva filla, que no viu amb ells.

És portada a la consulta per la filla perquè la veu "estranya" des de fa 10 dies i ha anat empitjorant progressivament. És una pacient molt xerraire, ara està bradipsíquica i lenta a l'hora d'obeir ordres, tot i que està conscient i orientada. Reinterrogant-la, també refereix cefalea pulsàtil dreta que ja havia tingut en altres ocasions, però ara és més intensa (escala visual analogia [EVA]: 6) i urgència miccional.

Antecedents patològics: hipotiroidisme subclínic que no requereix tractament farmacològic.

Pren algun paracetamol ocasionalment.

Durant l'exploració presenta xifres tensionals normals TA 130/80 mmHg, FC 78 bpm, tons rítmics, eupnèica i destaca una exploració neurològica amb lateralització a l'esquerra a la deambulació i quan està asseguda. No signes meningítics, ni cerebel·losos, no pèrdua de força ni sensibilitat, parells cranials normals. Reflexes presents i simètrics, i no alteració de la visió.

Es remet a urgències per a realització d'exploracions complementàries i en la tomografia axial cranial s'evidencia hematoma subdural subagut dret amb sagnat agut que condiciona desplaçament de la línia mitja, col·lapse del ventricle lateral dret i hernia subfalcial.

Amb les troballes descrites es realitza un drenatge de l'hematoma de tipus *twist drill* amb millora clínica immediata.

Es decideix donar d'alta 3 dies després, amb dexametona i control a consultes de neurocirurgia.

Conclusions: una bona anamnesi, l'exploració i el coneixement previ que té el metge de família dels seus pacients fa que uns símptomes subaguts i l'edat avançada de la pacient no siguin un obstacle per poder diagnosticar-la pacient d'una patologia greu que requereix tractament immediat.

SÍLVIA HUELGAS

Contacte:
silvia@huelgas.net

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7133

Quant menys millor, i millor amb el seu metge de família. Estudi d'una massa costal

Dona de 45 anys sense antecedents patològics destacables, fumadora. Consulta per tumoració a la zona costal esquerra de 3 mesos d'evolució, sense creixement. No li ocasiona dolor ni dispnea.

Exploració física: bultoma en arc posterior de les costelles D10-11 esquerres. Indurat sense mobilitat. No drena ni supura.

La seqüència de proves va ser: radiografia de tòrax, sense alteracions en l'estructura òssia. Ecografia: va identificar una lesió hipoeoica heterogènia amb zones anecoiques, en situació subaponeuròtica, sense aparentar relació amb els arcs costals. Tomografia computada (TAC) toràcica: nòdul de parts toves subjacent a la fàscia muscular paravertebral posterior esquerra, inespecífic. Ecografia-biòpsia d'agulla gruixuda + anatomia patològica: tumor de cèl·lules granulars, sense signes d'atípia ni presència de mitosi. Positiu per a PEL S-100 + CD-69.

Es realitza el diagnòstic diferencial amb les següents lesions: tumor ossi benigne vs. maligne, metàstasi òssia, lipoma, Schwannoma, fibrosarcoma. En acabar la bateria de proves s'orienta com un tumor benigne de costella de cèl·lules granulars sense atípia ni mitosi.

La pacient en qüestió era fumadora, la qual cosa ens va alertar davant la possibilitat que es tractés d'una metàstasi d'un tumor pulmonar. En la radiografia no es va observar cap lesió calcificada, amb l'ecografia es va mantenir la incertesa i finalment la TAC toràcica va identificar la lesió. Gràcies a la histologia es va obtenir el diagnòstic definitiu.

Des de la consulta d'atenció primària vam dirigir el procés, i quan la pacient va ser derivada al servei de cirurgia toràcica, tot l'arsenal de proves diagnòstiques ja estava complet. Es va procedir a la intervenció quirúrgica i al control pel seu metge de capçalera.

Amb aquest cas mostrem els beneficis de poder sol·licitar proves complementàries per part del metge de família, afavorint la continuïtat assistencial del procés. En conclusió, és convenient millorar constantment els circuits que enllacen l'atenció primària amb els serveis hospitalaris.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

DARIÓ MARTÍN MORERA
JOANA ANDREU MONDÓN
ZULLY KARIN AMAYA CARRERA

Contacte:
dariomartin95@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7139

No todo es COVID-19

Motivo consulta: tos, odinofagia, fiebre de 10 días y pérdida de peso no cuantificada.

Historia clínica: antecedentes personales: fumador, no otras patologías. Anamnesis: hombre de 57 años, fumador. Tos de 3 semanas, movilización de secreciones, odinofagia y fiebre de 38,5 °C. Pérdida de peso (15 kg aproximadamente) durante los 3 últimos meses. Exploración física: impresiona por caquexia. Saturación basal del 95%. Auscultación pulmonar con sibilantes en ambos campos pulmonares, sin disnea ni uso de musculatura accesoria. Inflamación de ganglios cervicales bilaterales.

Pruebas complementarias: de manera ambulatoria, PCR de SARS-CoV-2 negativa; analítica con PCR 256,7 y linfopenia 500/mcl; radiografía de tórax con infiltrados pulmonares bilaterales en campos superiores sugestivos de tuberculosis. Se deriva a hospital para completar estudio: mantoux positivo. Baciloscopia esputo: bacilos resistentes al ácido alcohol. PCR esputo: positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, no resistencia a rifampicina. Tomografía computarizada de tórax: lesiones parenquimatosas, patrón de diseminación broncogena y hematogena. Adenopatías laterocervicales. El paciente es ingresado en el servicio de enfermedades infecciosas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacilífera con patrón miliar + sobreinfección respiratoria.

Juicio clínico: 1. Tuberculosis pulmonar bacilífera con patrón miliar. 2. Sobreinfección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: bronconeumonía, sarcoidosis, silicosis, carcinomatosis miliar.

Tratamiento: 1. Tuberculosis: Rimstar (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol hidrocloreuro). 2. Sobreinfección respiratoria: amoxicilina-clavulánico.

Evolución: permaneció estable clínicamente, con picos febriles intermitentes sin repercusión hemodinámica, que cedieron en 7 días. Mejoría de parámetros bioquímicos inflamatorios hasta normalización. Alta a los 14 días con seguimiento en atención primaria.

Conclusiones: la tuberculosis es una infección bacteriana transmisible por vía aérea. Causada por *M. tuberculosis*, constituye la enfermedad infecciosa más prevalente a nivel mundial y es la segunda causa de muerte global. Entre los síntomas, a destacar: tos crónica, esputo sanguinolento, fiebres, sudores nocturnos y pérdida de peso. El diagnóstico se basa en la radiología, prueba de tuberculina cutánea y análisis sanguíneo y microscopía. El tratamiento es complicado y requiere largos periodos antibióticos.

AIDA ORTEGA GARRIDO

Contacte:
aidaog13@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7140

Parlem-ne de les al·lucinacions

Àmbit del cas: serveis d'urgències.

Motius de consulta: Oblits/al·lucinacions visuals.

Història clínica: enfocament individual.

Antecedents personals: no al·lèrgies medicamentoses. Sense hàbits tòxics. Autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària, dependent per a instrumentals. Sense deteriorament cognitiu.

Antecedents patològics: BAV portadora de marcapàs. Fibril·lació auricular. Glaucoma de l'ull esquerre.

Anamnesi: pacient de 87 anys en seguiment des de l'ambulatori per episodis d'oblits el darrer mes. Posteriorment presenta hemorràgia intraocular a l'ull dret amb disminució greu de la visió; es retira el Sintrom® i s'inicia enoxaparina. Junt amb això, clínica d'ITU que necessita antibioteràpia. En aquest context, la pacient inicia quadre de desorientació i al·lucinacions visuals fent crítica de la visió, de predomini nocturn i als pocs dies caiguda amb sospita de síndrome de disàrtria-mà maldestra, i consulta a urgències. Exploració neurològica: conscient, orientada en persona i espai, parcialment en temps. Campimetria normal. Compta els dits. Resta de parells cranials normals. No dèficit motor ni sensitiu ni dismetries. RCP flexor bilateral. Recorda 2/3 ítems en memòria diferida. Falla 1 ítem en el càlcul, calcula ràpid. Manté conversa coherent, reconeix familiars, sap els noms i quants nets té.

Proves complementàries: tomografia computada cranial. Analítica. Sediment d'orina. Enfocament familiar i comunitari: viu sola a domicili, però amb bon suport familiar i de cuidadora. Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: síndrome de Charles Bonnet (SCB). Deteriorament cognitiu lleu. Possible AIT.

Tractament/pla d'actuació: aquesta síndrome no requereix un tractament específic. Es realitzarà a l'alta un estudi neuropsicològic (en analítica: hormona estimulante de la tiroide elevada, fet que pot comportar una síndrome confusional aguda).

Evolució: derivació a centre sociosanitari per convalsència.

Conclusiones: l'SCB es dona en pacients amb cognició conservada, deteriorament de l'agudes visual i sense evidència de malaltia psiquiàtrica o neurològica associada, amb prevalença de fins al 15%. En la pràctica clínica s'hauria de tenir en compte aquesta síndrome com a diagnòstic diferencial i no confondre-la amb una psicosis o una demència.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

DOSINDA VILLANUEVA LÓPEZ
ANNA ESTAFANEL·L I CELMA
GEMMA FALCÓ I FAYDELLA
BRIGITTE BANESSA GALAGARZA TERÁN

Contacte:
dvillanueva.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII·CAMFiC_7141

Cotutorització

Objectius de l'experiència: durant la pandèmia s'han fet reordenacions organitzatives als Centres d'Atenció Primària (CAP). Des del punt de vista docent, vam detectar al nostre CAP mancances de la supervisió dels residents (baixes mèdiques dels tutors, teletreball, canvis de torn, vacances...) que s'anaven pal·liant de forma no ordenada. D'aquesta mancança surt el nostre projecte de cotutorització.

Descripció de l'experiència: en el nostre CAP som 4 tutores i 10 residents de Medicina Familiar i Comunitària en diferents torns/horaris.

Es va fer un estudi dels horaris dels tutors. Els tutors amb torns més oposats farien de tutors dels seus residents i de cotutor dels residents de l'altre. Així, quan un tutor no estigués al centre, l'altre es faria responsable de les necessitats de supervisió/tutela dels seus residents.

Les funcions assignades al cotutor són suplir l'absència física del seu tutor al centre. Segons la durada de l'absència pot anar des de la supervisió presencial del resident el dia que no hi ha el seu tutor fins a tasques administratives del tutor si l'absència es preveu llarga.

El projecte es va presentar als residents en la Jornada Docent (26/10/21) que es realitza anualment al CAP i va ser ben rebuda pels residents.

Es farà avaluació de l'experiència en la propera Jornada Docent per detectar mancances/àrees de millora.

Conclusions: la pandèmia ha reorganitzat la manera de funcionar dels professionals dels CAP i ha fet palès dèficits de tutela que ja existien, però que ara s'han potenciat. Al igual que els CAP s'han reorganitzat, la funció de tutela també ho ha de fer, adaptant-se als nous temps.

Aplicabilitat: aplicable a tots els CAP docents.

ANNA NIERGA LLANDRICH
ANNA VILADIU ILLANAS
VIOLETA URIACH TIMONEDA

Contacte:
aniergallandrich@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII·CAMFiC_7142

Hipoestèsia mentoniana, més enllà d'una banalitat

Motiu de consulta: home de 89 anys que consulta per sensació d'anestèsia a nivell del mentó, d'unes tres setmanes d'evolució amb extensió recent a nivell de l'interior de la boca i geniva.

Antecedents i episodi actual: antecedents personals: ictus vertebrobasilar el 2017 i hiperplàsia benigna de pròstata en tractament.

En l'anamnesi, explica visita a l'odontòleg amb extracció de diverses peces dentàries fa uns dos mesos.

L'exploració cardiologia, respiratòria i neurològica és normal. Constants correctes.

En l'exploració bucal, hi destaquen petèquies a paladar i genives. No es visualitzen càries. El pacient és portador de pròtesis dentals. No es palpen adenopaties.

Tractament i plans d'actuació: es deriva a l'odontòleg referent, a l'orientar-se com una possible anestèsia secundària a procediment odontològic.

Paral·lelament, es revisa la bibliografia perquè sembla estrany que l'anestèsia s'hagi estès enlloc d'involucionar. Es troben referències bibliogràfiques del numb chin syndrome o síndrome de la barbata entumida. Consisteix en una disminució o absència de sensibilitat a la zona del mentó i del llavi inferior, i pot ser una primera manifestació de processos neoplàsics. Es proposa, doncs, una tomografia computada (TAC) urgent.

Evolució: al·espera de la TAC, el pacient consulta a urgències hospitalàries per cefalea i dolor lumbar. Es descriu evolució de la hipoestèsia que afecta també l'hemilengua dreta, acompanyada de disfàgia a sòlids, anorèxia, astènia i dolor abdominal. S'ingressa a medicina interna per a estudi. TAC: M1 hepàtiques i òssies amb lesió nodular prostàtica i engruiximent dubtós del recte baix. Es decideix parar l'estudi ja que el pacient no vol rebre tractament oncològic.

Conclusions i aplicabilitat a atenció primària: malgrat que es tracti d'un quadre molt poc freqüent, és important conèixer de la seva existència per poder-lo diagnosticar i actuar. Una hipoestèsia que empitjora, pot ser, doncs, un signe d'alarma.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ÀNGELS CASALDÀLIGA SOLÀ
ANNA ESCALÉ BESA
M^a QUERALT LORENTE MÁRQUEZ

Contacte:
angelscsola@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7143

Eritema *ab igne* com a efecte secundari de l'estufa

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motius de consulta: lesions pruriginoses a les cames.

Història clínica:

Enfocament individual: pacient de 68 anys amb antecedents d'hipertensió, diabetis *mellitus* i deteriorament cognitiu lleu, que consulta a AP a finals de gener per lesions pruriginoses que han aparegut darrere d'ambdues cames. No sap precisar el temps d'evolució ni ho relaciona amb cap desencadenant inicial.

Durant l'exploració presenta pàpules eritematoses amb patró reticular, localitzades a la zona posterior d'ambdues cames, per sota del genoll. Es palpen alguns nòduls i a la cama esquerra té dues lesions amb ferida (s'ha rascat).

No es van realitzar proves complementàries.

Enfocament familiar i comunitari: es tracta d'una pacient amb deteriorament cognitiu lleu, que viu sola a una casa de pagès que escalfa amb una estufa (no té calefacció). Té el suport d'una germana.

Judici clínic i DD: s'orienta com a eritema *ab igne*. El diagnòstic diferencial és amb la livedo reticular.

Tractament: s'indica evitar el contacte proper amb fonts de calor.

Evolució: reconeix que passa hores al costat de l'estufa els dies que fa més fred. Es retira la font de calor i als 10 dies les lesions i la pruija han millorat.

Conclusions: l'eritema *ab igne* és una patologia benigna que es produeix degut a l'exposició prolongada i repetida a una font de calor (estufa, manta elèctrica, ordinador portàtil...). Habitualment, les lesions són asimptomàtiques, tot i que poden causar dolor lleu, disestèsies o pruija. El diagnòstic és clínic i la biòpsia només es recomana en cas de dubte o aparició de nòduls o úlceres. En el nostre cas no va ser necessària, ja que les lesions van millorar al retirar la font de calor.

Es tracta d'una patologia que hem de reconèixer ja que es pot abordar i tractar fàcilment des d'AP.

MIREIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
SERGI PUJOL RUIZ

Contacte:
mire_bcn_13@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7145

Quando el azúcar llega a la vagina

Paciente mujer de 63 años que consulta por prurito vulvar de larga evolución. Entre sus antecedentes destacan hipertensión, hipotiroidismo y diabetes en tratamiento con empagliflozina e insulina glargina. La paciente ha sido valorada por ginecología y se ha orientado inicialmente el prurito como atrofia vaginal (que no toleró estriol tópico) y posteriormente como liquen (que no mejoró con corticoides tópicos). A la exploración presenta genitales externos eritematosos sin leucorrea. Si bien no presentan leucorrea sugestiva de candidiasis vaginal, el hecho de que se encuentre bajo tratamiento con un glucosúrico lleva a su médica a solicitar un cultivo vaginal: resulta positivo para *Candida albicans*. Tras iniciar tratamiento antifúngico tópico, la clínica de prurito se resolvió y en los meses posteriores no ha presentado nuevas vulvovaginitis. Cabe recordar el mecanismo de acción de los inhibidores de la SGLT2 y la glucosuria, que conlleva el riesgo aumentado de infecciones urogenitales y su atipicidad clínica.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FRANCESC PADRÓ PUJOL
MIREIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Contacte:
fpadroripoll@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7146

El que la sigue la consigue

Mujer de 28 años que acudió por diarreas y pérdida de peso de meses de evolución. Lo relaciona con un viaje a Latinoamérica. Refería que en Brasil fue diagnosticada de giardiasis intestinal, por la que recibió tratamiento. Se solicitó analítica sanguínea, que únicamente mostraba eosinofilia, y coprocultivo y parásitos en heces, ambos negativos. Dada la elevada sospecha de parasitación intestinal, se repitieron las peticiones al cabo de unas semanas y se observó un ascenso en la eosinofilia, si bien las muestras fecales seguían siendo negativas. En consecuencia, se acordaron muestras seriadas de heces y finalmente positivizó una de ellas para *Blastocystis hominis*. Finalmente, se llegó a la resolución clínica y analítica con el tratamiento con metronidazol.

En primer lugar, este caso clínico nos recuerda la importancia de conocer los valores predictivos de las pruebas complementarias. Y en segundo lugar, nos ayuda a reflexionar sobre la importancia de la anamnesis y la sospecha clínica. Contrariamente, podríamos caer en el sobrediagnóstico y quien sabe si sobretreatmento, al realizar un estudio de eosinofilia completo con las consecuencias no solo en términos de salud para la paciente, sino también económicas para el sistema sanitario público.

MAR SERRAT COSTA
ALEXANDRA CASCANTE LLORENTE
SARA OBELLEIRO NADAL
DAVID FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
VIOLETA URIACH TIMONEDA
ENRIC ESTÉVEZ ROVIRA

Contacte:
mserrat.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7147

Efecte de les vacunes contra la COVID-19 sobre l'INR en pacients amb tractament amb anticoagulants antagonistes de la vitamina K

Introducció: la pandèmia de la SARS-CoV-2 ha forçat l'administració de vacunes en la població general, inclosos pacients en tractament amb antagonistes de la vitamina K (ADK), sense tenir dades concloents sobre els seus efectes.

Objectius: determinar el percentatge de pacients que reben tractament amb antagonistes de la vitamina K (ADK) que presenten alteracions de la coagulació després d'administrar-los vacunes contra la SARS-CoV-2.

Material i mètodes: estudi observacional retrospectiu.

Període estudi: 1 gener – 30 juny 2021.

Subjectes d'estudi: pacients en tractament amb ADK, en seguiment des d'atenció primària.

Tipus mostreig: aleatori sistemàtic.

Mètode: es va registrar l'INR abans i després de l'administració de la vacuna contra la SARS-CoV-2 i es va comparar amb el tipus de vacuna, nombre de dosis administrada i dades sociodemogràfiques.

L'estudi ha estat aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica, codi 21/383.

Resultats: la mostra va ser de 1.438 pacients que prenen anticoagulants orals antagonistes de la vitamina K. D'aquests, un 69,7% dels pacients presentaven un INR disminuït després de rebre alguna dosi de la vacuna contra la SARS-CoV-2. No es van trobar diferències segons la tipologia de la vacuna administrada (tipus ARNm envers les tradicionals).

Conclusions: els resultats obtinguts posen de manifest la necessitat de revisar els protocols actuals d'anticoagulació i la SARS-CoV-2 en els pacients amb tractament amb anticoagulants orals, d'obrir noves línies de recerca focalitzades en els esdeveniments tromboembòlics tant en la població estudiada com en la població general vacunada i definir estratègies de prevenció secundària que poden disminuir el risc de tromboembolisme.

MAR SERRAT COSTA
PIEDAD ARIAS BARROSO
CARME CAMPS FERNÁNDEZ
JOSEP AGUDO UGENA
CAROLINA FERNÁNDEZ SOUTO
ELISABET PÉREZ CHUST

Contacte:
mserrat.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_7149

Estrès i estils de vida saludables

Introducció: l'estrès es conceptualitza mitjançant dos processos, el primer com a resposta adaptativa a la vida quotidiana i el segon, com a generador de problemes.

Metodologia: revisió sistemàtica bibliogràfica sense metaanàlisi de diferents teràpies útils per tractar l'estrès.

Resultats:

- L'estudi d'Engel et al. (2014) conclou que l'acupuntura a pacients amb estrès posttraumàtic s'associa amb la millora en els pacients de la depressió, el dolor i el funcionament físic i mental.
- S'han descrit beneficis de l'aromateràpia relacionats amb la disminució de l'estrès i l'ansietat. Rashidi-Fakari et al. (2015) van obtenir la reducció dels nivells d'ansietat, de la pressió arterial diastòlica i de la freqüència del pols.
- Bergdahl et al. (2016) va avaluar els efectes de l'auriculoteràpia amb la teràpia cognitivoconductual sobre la gravetat de l'insomni, l'ansietat i la depressió.
- L'assaig de Zheng et al. (2014) va mostrar que la digitopressió millora significativament la qualitat del son i disminueix la pressió arterial sistòlica (PAS).
- Pascoe et al. (2015) van analitzar els efectes del ioga per a la millora de l'estrès i l'estat d'ànim en subjectes diagnosticats de depressió i trastorns d'ansietat.
- Abbott et al. (2014), en una revisió sistemàtica amb metaanàlisi, van concloure que existia un benefici psicològic de la intervenció mindfulness en la reducció de l'estrès.
- Bradt et al. (2013) van concloure que les intervencions musicals tenen un efecte beneficiós sobre l'angoixa psicològica.
- Els estudis de Nedeljkovic et al. (2013) i Robert-McComb et al. (2015) indiquen que el taitxí millora la simptomatologia de l'estrès percebut pel propi individu.

Conclusions: les teràpies complementàries revisades disminueixen les xifres de PAS, PAD i la freqüència cardíaca, milloren la qualitat del son i disminueixen l'ansietat i l'estrès (fins i tot el TEPT) de manera independent.

DAVID FORNOS GONZÁLEZ
GEMA ESTRADA BANCELLS
REBECA SEGURA BORRÁS
ESTER TARRADAS PUÉRTOLAS

Contacte:
rseguraborras@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIICAMFiC_7151

Consulta telefònica en època COVID-19. Sisena onada

Objectius: durant la pandèmia per COVID-19, les consultes telefòniques a l'atenció primària ens han proporcionat noves eines de comunicació amb els pacients.

Hem analitzat el tipus de consulta predominant durant la sisena onada de la pandèmia, així com els motius de consulta i el tipus de pacient que més ens ha consultat.

Material i mètodes: es tracta d'un estudi quantitatiu descriptiu realitzat a dues consultes d'atenció primària en un centre de salut urbà. El període de temps compren del 13 de desembre al 31 de gener de 2022 (sisena onada de la pandèmia de la COVID-19).

Se seleccionen tots els pacients que han estat citats a les dues consultes en aquest període (844 pacients).

S'analitzen les variables sexe, franges d'edat, tipus de consulta (presencial o telefònica) i motius de consulta.

Resultats: com a resultat de l'anàlisi de les dades obtenim que un 59% de les consultes han estat fetes per dones.

La franja d'edat que més ha consultat ha estat la de 45 a 64 anys, 39,45%. La següent ha estat de 15 a 44 anys, 32,70%, els majors de 75 anys, 15,74% i finalment els compresos entre 65 i 74 anys, amb 11,97%.

El tipus de consulta més freqüent ha estat la telefònica, 54,62%. En el cas de la franja d'edat majoritària, el percentatge augmenta fins el 57,35%.

Els motius de consulta més freqüents han estat els tràmits administratius (32,35%), seguits de la simptomatologia COVID-19 (15,05%), traumatologia (12,09%), psiquiatria (6,52%) i la resta de motius a mostrar percentatges més residuals.

Conclusions: la consulta no presencial ha estat clau durant la pandèmia per poder seguir atenent els nostres pacients.

Tret dels motius administratius, el motiu de consulta més freqüent ha estat la COVID-19.

Els pacients de 45 a 64 anys han estat els més freqüentadors.

DAVID FORNOS GONZÁLEZ
REBECA SEGURA BORRÁS
GEMA ESTRADA BANCELLES

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7153

Suelta de globos en una radiografia de tòrax. A propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària. Motiu de consulta. Pacient de 67 anys que consulta per tos i dispnea progressiva. Mentre deambulava presenta lipotímia amb caiguda a terra. No pèrdua de coneixement. Astènia i pèrdua de pes de mesos d'evolució.

Història clínica: antecedents: extabaquisme, exenolisme. Hipertensió arterial. Miocardiopatia dilatada greu. Fibril·lació auricular. Ictus isquèmic talàmic. Tractament habitual: losartan 50 mg, omeprazole 20 mg, digoxina 0,25 mg, furosemida 40 mg, bisoprolol 5 mg, atorvastatina 40 mg, alprazolam 0,5 mg, espironolactona 258 mg, Xarelto®, paroxetina 20 mg.

Exploració física: alerta, orientat, normohidratat, normoacolorit. AC: sorolls cardíacs arrítmics sense bufs. AR: alguns *roncus* bilaterals, murmuri vesicular conservat. Abdomen anodí. Extremitats sense edemes. Exploracions complementàries. Bioquímica: normal. Hemograma: anèmia normocítica, fórmula leucocitària normal. Radiografia de tòrax (imatges 1 i 2): imatges nodulars bilaterals. Silueta cardíaca normal, sans costofrènics lliures. Tomografia computada de coll: 1. Deformitat del contorn posterior de la llengua, de localització parasagital esquerra. 2. Petites adenopaties laterocervicals esquerres d'aspecte metastàtic. Tomografia computada de tòrax: lesions suggestives de metastasis pulmonars cavitades bilaterals i adenopaties mediastíniques de grandària significativa. Tomografia computada cranial: infarts isquèmics lacunars residuals.

Diagnòstic diferencial: 1. Origen neoplàsic. 2. Malalties immunològiques. 3. Malalties professionals. 4. Infeccions. 5. Malalties vasculars.

Pla d'actuació: carcinoma escamós de base de llengua amb metastasis pulmonars, intervingut quirúrgicament, tributari de Radioteràpia.

Conclusions: quan treballem a l'atenció primària, símptomes tan freqüents com la dispnea, la tos o un quadre vasovagal ens poden posar en alerta sobre un procés neoforatiu maligne. Els antecedents personals i patològics ens poden ajudar en el diagnòstic diferencial.

ESTEL FAURIA BAYO
JUAN IGNACIO SÁENZ HERNÁIZ
ALBA URRIES RODRIGUEZ

Contacte:
estelfauria@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7155

El ronyó, el gran oblidat de l'anàlítica

Motiu de consulta: anàlítica de rutina amb creatinina 3,35 mg/dl (FG 15,1 ml/min). Prèvies normals.

Antecedents personals: tabaquisme. Obesitat mòrbida (IMC: 48,5). Hipertrigliceridèmia. Hipertensió arterial. Asma greu. Psoriasis a les mans. Artràlgies a les mans. Abscessos inguinals de repetició.

Anamnesis: pacient de 53 anys. Consulta per clínica d'astènia, palpitations, dispnea a grans esforços, alteracions intestinals (restrenyiment?), cefalea hemicrània dreta, insomni de conciliació. Dolor a les mans amb parestèsia associada i rigidesa després de fer força estàtica amb artromiàlgies generalitzades a l'hemicòs dret de mesos d'evolució.

Exploració: bon estat general, normohidratada i normoacolorida. Eupneica. Conscient i orientada. Auscultació cardiorespiratòria sense alteracions i abdomen anodí. No tumefacció articular. Turmells amb edema amb fòvea. No artritis perifèrica. Punts fibrosítics 18/18.

Proves complementàries: anàlítica: Creatinina 4,06 mg/dl; FG 11,8 ml/min; urea 89,43 mg/dl; albúmina/creatinina orina 120 mg/g; proteïnes orina 24 h: 533 mg (en rang NO nefròtic); anèmia crònica normocítica ferropènica; Leucocitos amb neutrofilia; Plaquetes normals; PCR: 27 mg/L, i VSG 55 mm/h. Ecografia renal: ronyons de mida i morfologia conservades; parènquima renal conservat, quists simples aïllats, no hidronefrosi ni litiasi. Biòpsia renal: dipòsits d'AA compatible amb amiloïdosi renal amb afectació glomerular vascular.

Diagnòstic diferencial de deteriorament de la funció renal: a l'ecografia valorarem la mida dels ronyons: petits (hipertensió arterial, nefropaties hereditàries, vasculitis, lupus...) o grans (poliquistosi renal, mieloma, diabetis *mellitus*...). Investigarem el diagnòstic amb immunoelectroforesi en sèrum i orina o biòpsia renal.

Judici clínic: insuficiència renal en estadi IV + dipòsit d'AA: amiloïdosi secundària (tipus AA), "la gran simuladora".

Identificació de problemes: pot estar associada a malalties inflammatòries i infeccioses. La pacient tenia clínica compatible amb artritis psoriàsica i asma crònica greu, així com abscessos inguinals de repetició.

Tractament: derivació a nefrologia, reumatologia i pneumologia. Control de la inflamació.

Conclusions: és important seguir el cribratge analític marcat pel PAPPS i estar alerta de tots els valors analítics.

JUAN CARLOS SALAZAR RAMÍREZ

Contacte:

jucarsar@gmail.com

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC_7159

Detección de un caso de penfigoide ampolloso en atención primaria

Mujer de 79 años que acudió al consultorio de medicina de familia por presentar desde hacía 2 semanas lesiones vesiculares, puntiformes, eritematosas y pruriginosas en el tronco y las extremidades. Las lesiones estaban distribuidas sin patrón específico, no descamativas, no supurativas, no pigmentadas; no presentaba parásitos ni se visualizaron otros hallazgos con dermatoscopia. Aproximadamente 8 horas antes de la aparición de las lesiones, la paciente había recibido la primera dosis de la vacuna contra la COVID-19, de BioNtech/Pfizer. No había iniciado ningún tratamiento farmacológico previamente. Había empeorado tras aplicarse crema con urea del supermercado. Se indicó hidratación cutánea frecuente, uso de antihistamínico oral y se le dio cita para reevaluación en 7 días. Antes de su cita de control en primaria la paciente consultó en urgencias hospitalarias: se le diagnosticó posible escabiosis y se indicó permetrina en crema, con lo cual la sintomatología empeoró. En la cita de control con el médico de familia, la paciente presentaba gran aumento del tamaño de las vesículas, algunas de hasta 1 cm de diámetro, de contenido seroso sobre base eritematosa y que no reventaban con el tacto. Ante la sospecha clínica de penfigoide ampolloso, se indicó corticoterapia oral y se derivó urgente a dermatología. Posteriormente el estudio histológico y de inmunofluorescencia de la biopsia de piel confirmó el diagnóstico. Además se realizó "dosaje" de autoanticuerpo BP180, que fue informado como POSITIVO. La manifestación de una patología poco frecuente con síntomas y signos inespecíficos obliga al médico de familia a hacer un seguimiento próximo del enfermo. En estas circunstancias, el paciente debe confiar en su especialista de atención primaria, quien además de ofrecer su conocimiento y experiencia profesional en el proceso diagnóstico, cuenta con la continuidad y accesibilidad como potentes herramientas que facilitan este proceso.

ANTONI SANTIGOSA AYALA

IDIR LARRUD BEN SI MOHAN

ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH

Contacte:

tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC_7160

No és un dolor abdominal més...

Pacient de 39 anys, sense antecedents d'interès, acut a la consulta referint dolor abdominal i sensació de plenitud epigàstrica de 48 h d'evolució, sense altra clínica acompanyant. Durant l'exploració presenta dolor a l'epigàstri i l'hipocondri dret, signe de Murphy positiu, sense febre ni altra clínica sistèmica. Sospitem patologia biliar i demanem anàlisi de sang, que no mostra alteracions, i una ecografia abdominal que descriu una tumoració hepàtica ecoheterogènia al lòbul dret (segment 5) d'uns 12 cm, que precisa tomografia computada (TAC) abdominal per completar l'estudi. La TAC objectiva una lesió de dimensions 78 mm x 75 mm x 101 mm (eixos CC x T x AP), i s'estableix un diagnòstic diferencial entre hemangioma gegant o adenoma, sense descartar malignitat, per al qual es recomana la realització d'una ressonància magnètica hepàtica. Valorat a gastroenterologia, es deriva al centre de cirurgia hepatobiliar de referència. Amb la sospita d'un procés neoproliferatiu, s'indica cirurgia independentment de la ressonància magnètica hepàtica. L'estudi d'extensió no mostra afectació a distància. Es practica segmentectomia hepàtica i es confirma a l'estudi anatomopatològic l'existència d'un hepatocarcinoma de comportament agressiu, amb resecció completa, desenvolupat sobre un adenoma hepàtic probablement induït per l'ús continuat d'anticonceptius orals. Tres mesos després, la pacient presenta dolor abdominal localitzat a la fossa ilíaca dreta, pel qual és enviada a urgències amb sospita de patologia apendicular. Es realitza TAC abdominal que mostra múltiples metàstasis pulmonars i peritoneals, amb gran massa tumoral a l'apèndix cecal. Donada l'extensió de la malaltia, no és possible cap tractament oncològic i la pacient mor als 5 mesos del diagnòstic inicial.

Conclusions: la patologia abdominal a l'atenció primària és una entitat molt prevalent i que engloba un diagnòstic diferencial molt ampli. La forma de presentació de determinades patologies poc habituals, sovint pot confondre el clínic.

Cal també fer una reflexió de l'elevat nombre de pacients femenines tractades amb anticonceptius orals, atès que malgrat que els adenomes hepàtics són una complicació coneguda, la malignització d'aquests és poc freqüent, però possible.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IDIR LARRUD BEN SI MOHAN
DANIELA BUTANCIU
ANTONI SANTIGOSA AYALA

Contacte:
tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7162

Disfàgia... Què?

Pacient de 47 anys sense antecedents d'interès a excepció de cifoscoliosi greu. Acut presentant sensació de disfàgia amb els aliments sòlids. El quadre clínic s'inicià fa aproximadament 4 mesos i empitjora de manera progressiva, sense que hi hagi repercussió ponderal en el pacient, però amb molèstia continuada que condiciona múltiples visites als serveis d'urgències tant d'atenció primària com hospitalària per aquesta simptomatologia.

Durant l'exploració física destaca una cifoscoliosi molt greu, amb un coll curt, sense apreciar-se en l'exploració física habitual alteracions a nivell tiroïdal ni tampoc la presència d'adenopaties d'aspecte patològic. Com el quadre clínic no millora, es realitza ecografia de coll que detecta la presència d'un goll tiroïdal amb probable extensió endotoràcica, fet pel qual es recomana ampliar estudi amb tomografia computada (TAC) cervical i toràcica. Al mateix temps, se li realitza una endoscòpia digestiva alta, on destaca la presència d'una compressió esofàgica extrínseca. Els resultats de la TAC mostren un goll amb extensió endotoràcica, però sense repercussió a nivell esofàgic. En canvi, s'aprecia un trajecte aberrant de l'artèria subclàvia dreta que condiciona compressió esofàgica. Aquest quadre clínic, secundari a una malformació vascular congènita, és conegut com a disfàgia lusòria.

La disfàgia lusòria és una entitat clínica poc prevalent, però que cal tenir en compte en el moment de realitzar el diagnòstic diferencial de l'origen de la disfàgia, especialment en aquells pacients amb antecedents de malformacions congènites (com és el cas del nostre pacient). El tractament habitual és conservador, però, en ocasions, a causa de la compressió esofàgica és necessari practicar cirurgia reconstructiva, que és l'únic tractament definitiu. En el cas del nostre pacient, s'ha adaptat la dieta a les seves necessitats, sense que de moment hagi requerit intervenció quirúrgica.

CLARA GASCÓN MORA
ANTONI SANTIGOSA AYALA
ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH

Contacte:
cgmora.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7163

Prou viatges a urgències només per deplecionar volum

Pacient de 92 anys, pluripatològica i afectada d'una insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció preservada secundària a hipertensió pulmonar. Com a conseqüència d'aquesta entitat, la pacient té pautat tot l'arsenal terapèutic disponible i suport simptomàtic amb diürètics que es van ajustant en funció de les necessitats. Ocasionalment, i donada l'evolució natural de la patologia, la pacient ha presentat descompensacions amb anasarca que han requerit de múltiples visites a urgències hospitalàries per tal d'administrar diürètics parenterals. Com a conseqüència d'aquestes visites, ha presentat múltiples complicacions, com infeccions nosocomials, síndromes confusionals, etc... Coneixedora de la seva patologia i en plenes facultats mentals, la pacient sol·licita no tornar a ser remesa a urgències hospitalàries i fer maneig ambulatori de la patologia. Es en aquest moment quan es planteja la possibilitat d'administrar furosemida subcutània en perfusió contínua en els períodes de descompensació, controlada pel seu equip d'atenció primària.

La via subcutània permet una ràpida i còmoda administració de fàrmacs, entre ells la furosemida. No hi ha establerta una dosificació inicial i cal ajustar-la segons la resposta subjectiva observada, així com les dades objectives obtingudes de l'exploració física (auscultació, mesura dels perímetres d'extremitats i pes). La pacient ha requerit diverses pautes de tractament subcutani, sempre amb bona resposta, amb períodes de tractament que han anat des de les 3 fins a les 6 setmanes. No ha presentat complicacions destacables i s'han evitat desplaçaments a urgències amb el risc associat que això comportava per a la pacient.

Conclusió: al final de la vida, molt pacients prefereixen ser tractats al seu domicili, amb els avantatges i els inconvenients que això pot suposar. L'ús de furosemida subcutània en pacients amb insuficiència cardíaca avançada està infrutilitzat i cal promoure'n el seu ús per la facilitat de maneig des d'atenció primària i el benestar dels pacients.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SÍLVIA SAURA SANJAUME
JÚLIA MARTÍNEZ CLARÀ
ANNA GILL MARTÍNEZ

Contacte:
silviasaura71@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7164

Mareig/síncope. Realitat o ficció

Àmbit del cas: atenció primària. Cas multidisciplinari.

Motiu de consulta: mareig amb possible pèrdua del coneixement.

Història Clínica: enfocament individual: home, 36 anys, antecedents de tabaquisme, consum de cànnabis i ansietat. El dia abans va anar urgències hospitalàries per mareig amb possible pèrdua del coneixement, essent diagnosticat de trastorn d'ansietat, es prescriu diazepam i control per psicologia. Avui explica que ahir, després de dinar va anar al lavabo i no recorda res més. La parella diu que va tirar la porta a baix perquè escoltava sorolls, se'l va trobar a terra fent moviments espasmòdics. No clara disminució de consciència, però lentitud de recuperació. No relaxació d'esfínters, només vòmits després d'episodi. Exploració física normal. Anàlítica 2 dies després: GOT 94, CK 3313, resta sense alteracions. Explica episodis previs de desconexió amb palpitations, sensació de fatiga amb posterior pèrdua del coneixement, mirada fixa i lateralització a la dreta si continua caminant. Es fa interconsulta amb neurologia, que aconsella derivació per a estudi. En la visita, davant la sospita d'epilèpsia amb crisi focal i alteració del coneixement s'inicia tractament amb brivaracetam 50 mg/12 h. Electroencefalograma amb medicació: normal. Ressonància magnètica cerebral: esclerosi mesial bitemporal. Enfocament familiar: parella recent, sense fills propis. Inicia nou treball fa pocs mesos.

Diagnòstic diferencial: migranya vestibular. Hipotensió ortostàtica. Psicogen. Tòxics o fàrmacs. Vertigen posicional benigne. Epilèpsia.

Tractament i pla d'actuació: control per neurologia, que canvia a lacosamida 100 mg/12 h per efectes secundaris del tractament previ. Segueix programa d'estimulació cognitiva individual a l'hospital, neurodegeneratives. No més crisis des de l'inici de la medicació.

Conclusions: el mareig en persones joves es degut generalment a processos lleus i autolimitats, però és important tenir en compte possibles causes que comporten major gravetat. L'anamnesi és una part essencial de l'avaluació. Els moviments repetitius, la relaxació esfínters o l'estat postcrític ens han de fer pensar en un episodi d'epilèpsia.

ANNA GILL MARTÍNEZ
SÍLVIA SAURA SANJAUME
JÚLIA MARTÍNEZ CLARÀ

Contacte:
annagill95@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7165

Fatiga i icterícia. Síntomes i signes de mal pronòstic?

Àmbit del cas: atenció primària. Cas multidisciplinari.

Motiu de consulta: malestar, fatiga i pèrdua de la gana.

Història Clínica: enfocament individual: dona, 78 anys, antecedents d'intervenció quirúrgica amb pròtesi invertida a les espatlles, en seguiment per traumatologia i tractament amb antiinflamatoris no esteroïdals (AINE). Explica malestar general, fatiga i pèrdua de la gana des de fa 2 mesos, però no venia per por a la COVID-19. Empitjorament en l'última setmana amb nàusees, agror i orina fosca. Exploració amb icterícia conjuntival, abdomen no dolorós, dubtosa presència d'ascites. Orina colúrica. Anàlítica: GOT 609, GPT 392, FA 267, GGT 530, bilirubina 3,76, amilasa 121. Serologies negatives. Es deriva a urgències i s'ingressa a digestiu. Ecografia i tomografia computada abdominal: hepatopatia crònica amb hipertensió portal i ascites, sense lesions focals sospitoses. Fibrogastrosκόpia: gastritis crònica, no varius esofàgiques.

Biòpsia hepàtica transjugular i hemodinàmica: parènquima hepàtic amb presència de septes fibrosos amb formació nodular focal, compatible amb hepatopatia crònica en estadi cirròtic.

Enfocament familiar: vídua des de fa anys, sense fills. Nebots que l'ajuden en el que necessita.

Diagnòstic diferencial: hepatitis virals. Hepatitis autoimmunitària. Hepatitis alcohòlica. Hepatotòxics. Malaltia de Wilson.

Tractament i pla d'actuació: control a digestiu: s'orienta com a cirrosi hepàtica autoimmune, Child B (8 punts). Primera descompensació ascítica sense peritonitis bacteriana espontània (PBE). S'inicia prednisona 40 mg/dia, Aldactone® 100 mg dia i Duphalac®. No criteris de profilaxi primària. Evitar AINE, alcohol i benzodiazepines. Es deriva a reumatologia per valorar autoimmunitat.

Conclusions: el tractament de la icterícia moltes vegades és fora de l'abast de l'atenció primària, per la qual cosa s'ha de derivar a nivell hospitalari amb una orientació diagnòstica el més acurada possible. La valoració ha de ser urgent si hi ha signes de gravetat com hepatòlisi (>10 valors), encefalopatia, hipoglucèmia o alteracions de la coagulació.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JÚLIA MARTÍNEZ CLARÀ
ANNA GILL MARTÍNEZ
SILVIA SAURA SANJAUME

Contacte:
juliamartinezclara@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7166

Doctor@, estic espantat: faig diarrea amb sang!

Àmbit del cas: atenció primària. Cas multidisciplinari.

Motiu de consulta: diarrea amb sang.

Història Clínica: enfocament individual: home, 31 anys, antecedents de tabaquisme, psicosi i crisi comicial parcial en tractament amb paliperidona 6 mg/12 h, lacosamida 100/12 h i clonazepam, gotes. Episodi de diarrees fa uns mesos sense productes patològics, que es van autolimitar. Acut perquè dos dies després de posar-se la vacuna de la COVID-19 inicià deposicions diarreiques més de 7 vegades al dia, amb sang.

Exploració: TA 155/90 mmHg, FC 98 bpm, temperatura 36,6 °C. Abdomen: dolorós a la palpació profunda en hipogastrí i fosa ilíaca esquerra, sense signes d'irritació peritoneal. Tacte rectal: no dolorós, no masses, sense restes de sang.

Analítica: hemograma normal, PCR 6,76, SOF 8923, calprotectina >800. Coproculius i paràsits en femta negatius. Es demana colonoscòpia urgent però com el pacient inicia febre i augment del dolor abdominal es deriva a urgències. S'ingressa a digestiu. Colonoscòpia: troballes suggestives de malaltia inflamatòria intestinal (MII), de tipus colitis ulcerosa (MAYO 2).

Enfocament familiar: casat amb una filla de 4 anys, dona embarassada de 34 setmanes. No treballa.

Diagnòstic diferencial: infeccions bacterianes o parasitosis. MII (colitis ulcerosa, malaltia de Crohn, colitis microscòpica). Càncer colorectal.

Tractament i pla d'actuació: control a digestiu: s'inicia tractament amb mesalazina 1 g 2/dia i espuma 1/dia. Evitar tòxics i antiinflamatoris no esteroidals.

Conclusions: la valoració inicial dels pacients amb diarrea crònica es pot realitzar a l'atenció primària. La MII és de causa multifactorial, incloent factors genètics, immunitaris i ambientals. La colitis ulcerosa sol produir més diarrea amb sagnat i la malaltia de Crohn més diarrea líquida i símptomes generals. El diagnòstic s'ha de fer amb colonoscòpia amb ileoscòpia terminal i biòpsies. L'objectiu del tractament és la remissió simptomàtica i la curació de la mucosa.

VIOLETA URIACH TIMONEDA
SARA OBELLEIRO NADAL
ALEXANDRA CASCANTE LLORENTE
CARME PÀEZ REGADERA

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7168

Mutilació genital femenina, la gran desconeguda coneguda

Objectiu: evidenciar i visualitzar la mutilació genital femenina molt present en algunes àrees del nostre territori.

Descripció: en traslladar-me de Barcelona a Girona, em vaig trobar a la consulta amb un diagnòstic conegut en teoria, però totalment desconegut a la pràctica: la mutilació genital femenina. Segons la zona geogràfica, podem no tenir-ne cap cas en el nostre dia a dia, però cal tenir present que, en moltes zones, la seva freqüència és notable. A més, està infradiagnosticada, atès que moltes de les dones mutilades arriben a Catalunya en edat adulta i el registre és inexistent i, sovint, la mateixa pacient ho amaga o ho normalitza. Genera tabú.

Actualment, no hi ha tants casos de nenes nascudes a Catalunya, gràcies a mesures educatives i judicials, però arriben nous casos de nenes i dones nascudes fora o bé de nenes que viatgen al país d'origen dels progenitors. I tota dona mutilada, ho és per a tota la vida.

La mutilació pot afectar moltes esferes de la dona, Pot comportar problemes ginecològics, urològics, sexuals o psicològics. La seva implicació pot ser important en la vida de la pacient i sovint és de difícil abordatge. Hem de tenir-ho present i disposar d'informació i formació actualitzada per poder atendre i acompanyar-les de manera integral, així com conèixer els diferents instruments als quals poder adreçar-les (reconstrucció, abordatge psicològic, etc.).

Conclusions: una dona mutilada pot patir complicacions a curt i llarg termini en diverses esferes de la seva vida.

L'impacte cap a la pacient pot ser elevat, sovint amagant-ho ella mateixa.

Cal que en coneguem el diagnòstic, per poder-ho tenir present i no invisibilitzar-lo.

Cal formació a tots els metges i metgesses de família.

Aplicabilitat: els metges i metgesses de família hem de disposar d'eines bàsiques i tenir informació i formació actualitzada i global per una correcta atenció i un acompanyament integral i longitudinal.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
XÈNIA VILARDELL ALONSO
FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ

Contacte:
carol_214@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7169

Un gra amb molt mala pinta

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: "M'ha sortit un gra a l'esquena".

Història clínica

Enfocament individual:

Antecedents personals: hipertensió arterial i gota. Alcoholisme i fumador.

Anamnesi: des de fa dos mesos presenta en ambdues zones dorsals altes unes lesions amb les característiques següents: pàpules amb base eritematosa, arrodonides i amb vores ben definides, de diàmetre variable (el màxim, 3 cm), mòbils, però endurades, i doloroses a la palpació, discretament pruriginoses, sense supuració. El pacient no presenta síndrome tòxic ni símptomes sistèmics.

Exploració-dermatoscòpia: inespecífica.

Proves complementàries: biòpsia cutània i anatomia patològica.

Diagnòstic diferencial: limfoma cutani, leishmània, mastocitoma, melanoma nodular, àntrax, sarcoïdosi, micosi fungoide.

Tractament i plans d'actuació: s'aplica mupirocina tòpica durant 3 setmanes, sense evidència de millora. Es decideix realitzar biòpsia cutània.

Judici clínic: limfoma cutani

Evolució: seguiment per part del servei d'hematologia, tractament oncològic.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la patologia de la pell és molt freqüent. Per tant, els professionals d'atenció primària han de tenir amplis coneixements en la mateixa. Encara que en aquest cas la dermatoscòpia va ser inespecífica és una habilitat que s'ha d'incorporar en el dia a dia dels professionals. Finalment disposar de la possibilitat de realitzar una biòpsia (i anatomia patològica) va dur al diagnòstic definitiu.

TARECA DIAZ GRIJUELA
EVA RODRÍGUEZ GÓMEZ
LIDIA RÍOS VALLÉS

Contacte:
tareca.diaz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7170

Acompanyant de l'inici a la fi... Sense sortir de casa

Home de 91 anys amb antecedents de bronquitis crònica, diabetis *mellitus* i vertigen perifèric. Viu al seu domicili amb la seva esposa. Pare de dos fills, bona relació. Escala de Barthel: 65.

L'octubre del 2020, la seva cònjuge consultà telefònicament per deteriorament general, inestabilitat, anorèxia i nàusees. Es recomana anar al centre per valoració, però tots dos manifesten el desig de romandre al seu domicili.

Al dia següent, realitzem (infermeria i medicina) visita domiciliària. En l'exploració destaca palpació de bultoma epigàstric i inestabilitat en la deambulació, sense altres focalitats neurològiques.

En la mateixa visita recollim per a anàlisi sanguini i urinari, i realitzem una ecografia clínica a peu de llit. Observem a l'epigàstri massa heterogènia, de 10 cm, vores mal definides, suggestiva de neoformació hepàtica. Informem del possible diagnòstic. Se sol·licita tomografia computada abdominal ambulatoria (a petició del pacient) per a major precisió diagnòstica, que informa de neoformació de sigma amb metàstasi hepàtica.

En una segona visita s'informa el pacient del diagnòstic i del pronòstic. Recollint la seva voluntat de no ser sotmès a tractaments agressius ni ser traslladat fora de domicili, establim un pla terapèutic pal·liatiu, enfocat als símptomes que presenta i oferint el nostre acompanyament amb visites a domicili setmanals.

El 28 de desembre presenta empitjorament brusc, es detecten signes de situació final de vida. El pacient és conscient del mal pronòstic i s'inicia sedació mitjançant bomba subcutània. Abans d'això, ens agraeix el nostre treball i acaba la visita amb una abraçada.

Conclusions: sentir-se acompanyat, respectat pel seu equip de referència i acompanyat per la seva família aporta major tranquil·litat i benestar al pacient.

L'ecografia portàtil és una eina d'alta rendibilitat en atenció domiciliària.

L'atenció contínua, longitudinal i el treball en equip són vitals per al maneig de les situacions de final de vida a l'atenció primària.

ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH
ALEJO HUELIN DE SANTIAGO
CLARA GASCÓN MORA

Contacte:
emagrane.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7173

Emmascarats per la mascareta. La importància de veure la cara dels pacients

Pacient de 53 anys sense antecedents d'interès consulta per clínica de dispèpsia ulcerosa de llarga evolució (gairebé un any). Es realitza un estudi complet a nivell digestiu sense objectivar-se alteracions que ho justifiquin pel que s'inicia tractament mèdic. Amb el pas de les setmanes, la simptomatologia digestiva no millora, motiu pel qual es torna a fer venir la pacient a la consulta per a exploració física completa. Un cop a consulta, es demana a la pacient que es tregui la mascareta i crida l'atenció un marcat canvi en la morfologia facial. Destaca una pell més brillant, amb disminució de les línies d'expressió i certa retracció dels llavis. A nivell de les extremitats s'objectiva esclerodactília. Quan se l'interroga de manera dirigida, refereix clínica compatible amb fenomen de Raynaud d'aproximadament 6 mesos d'evolució. Es realitza estudi analític complet, amb sospita d'esclerodèrmia sistèmica. Es valoren els criteris diagnòstics d'ACR/EULAR 2013 i s'obté una puntuació de 16 (les puntuacions superiors a 9 són diagnòstiques d'esclerodèrmia). S'ha ampliat l'estudi per descartar complicacions a altres òrgans. S'objectiva una gammapatia monoclonal de significat incert, associada a proteïnúria no nefròtica i afectació pulmonar, amb patró intersticial que en el moment actual no condiciona cap simptomatologia respiratòria.

L'esclerodèrmia sistèmica és una malaltia que pot presentar múltiples manifestacions a diferents aparells i sistemes. Malgrat que en el cas de la nostra pacient, el primer símptoma que va presentar va ser la dispèpsia, les manifestacions cutànies són presents en molts dels pacients amb aquesta entitat i són molt característiques per conduir a la sospita diagnòstica. Per aquest motiu, és important poder veure a la consulta els pacients, treure les barreres que poden fer-nos perdre informació (en aquest cas la mascareta) i avaluar d'una manera general cadascun dels símptomes que ens expliquen, detectant aquells signes que poden servir-nos com a guia per arribar al diagnòstic final en el menor temps possible.

MARIA DEL MAR BALLESTER TORRENS
RUTH CAÑADA MOMBLANT
EMMA SOLIVA ÀLVAREZ

Contacte:
mmballester.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7174

Picades doloroses, què pot ser?

Àmbit del cas: atenció primària urbana.

Motiu de consulta: pacient de 31 anys, natural de Pakistan, sense antecedents patològics previs, només dues cesàries. Consulta per picades a les cames. És atesa per infermeria del nostre ambulatori, que ens consulta per a valoració.

Exploració: fa 7 dies que presenta edemes a les extremitats inferior. Primer als peus i posteriorment van pujar fins als genolls, en forma de nòduls/plaques eritematoses molt doloroses a la palpació.

S'orienta com eritema nodós per l'exploració i es procedeix a un a prova cutània de derivat proteic (PPD), radiografia de tòrax i anàlisi general urgent. Es pauta fomentos tòpics i analgesia oral.

Resultats:

PPD negatiu.

Anàlisi: lleu anèmia sense reactants de fase aguda.

Radiografia de tòrax: prominència a l'hil dret suggestiva de adenopatia hilar dreta i se sol·licita tomografia computada de tòrax per completar estudi.

Orientació diagnòstica: panniculitis i edema a les extremitats i adenopaties hilers dretes. Probable sarcoïdosi.

Davant d'un eritema nodós hem de sospitar:

Molt freqüent (>10%): causa idiopàtica, infecció per estreptococ i, com el nostre cas, sarcoïdosi.

Freqüent: tuberculosi, embaràs, fàrmacs...

Pla d'actuació: es deriva a pneumologia i reumatologia.

És molt important, davant d'un procés banal com unes simples picades, està alerta a l'exploració clínica, que ens pot orientar el diagnòstic per detectar aquesta entitat en fases precoces per millorar la qualitat de vida del pacient.

PAULA PÉREZ MUT
ALEJANDRA ALIJA MARTÍNEZ
ELENA VARGAS VILARDOSA

Contacte:
paula.perezmut@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7175

Pigmentación de las papilas fungiformes linguales

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: lesión lingual.

Historia clínica:

Enfoque individual: anamnesis: mujer de 19 años sin antecedentes médicos de interés, de raza negra. Consulta a su médico de atención primaria por hiperpigmentación lingual que ha ido aumentando de tamaño. Inicio de las lesiones a los 3-4 años, con hiperpigmentación en papilas aisladas que ha ido creciendo y ahora presenta una lesión bien delimitada lingual. Exploración física: pigmentación de las papilas fungiformes de la lengua en el vértice de esta.

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico diferencial de la pigmentación lingual es: síndrome de Laugier-Hunziker. Nevus melanocíticos. Melanoma. Lengua negra vellosa. Hemocromatosis. Anemia perniciosa. Enfermedad de Addison. Tatuajes por amalgamas metálicas.

Tratamiento y planes de actuación: se realiza interconsulta vía telemática al servicio de dermatología. Se explica el caso y se envía imagen de la lesión.

Evolución: se orienta como pigmentación de las papilas fungiformes; se explica la benignidad del cuadro y la ausencia de tratamiento.

Conclusiones: la pigmentación de las papilas fungiformes es considerada una condición fisiológica, cuya etiopatogenia es desconocida. Es relativamente frecuente en pacientes de raza negra o asiática (la prevalencia varía entre el 0,4% en pacientes chinos y el 33% en hombres de raza negra). Suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida, ocasionalmente se aprecia en pacientes pediátricos. Se trata un proceso fisiológico y no requiere tratamiento, se engloba entre las variaciones pigmentarias fisiológicas de las etnias de raza negra. Su diagnóstico es sencillo y exclusivamente clínico, si se conoce la entidad. Se considera de interés dar a conocer esta patología en atención primaria ante un posible incremento del número de consultas por patología pigmentaria fisiológica en pacientes de etnias de raza negra dada la variedad de población atendida.

PAULA PÉREZ MUT
CAMILA GONZÁLEZ TAPIAS
ELENA VARGAS VILARDOSA

Contacte:
paula.perezmut@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7176

Dispepsia

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: epigastralgia, pirosis.

Historia clínica: enfoque individual. Mujer de 37 años con antecedentes de asma bronquial, obesidad y trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento. Consulta por epigastralgia intermitente de un año de evolución junto con pirosis desde hace más de un mes, sin signos de alarma asociados. Pendiente de realización de una tomografía computarizada (TAC) abdominal para estudio de hernia inguinal. En la exploración física presenta leve molestia a la palpación de epigastrio. Se solicita analítica: no presenta alteraciones, salvo *Helicobacter pylori*, que es positivo, por lo que se inicia tratamiento para este a la espera de TAC abdominal. Tras el tratamiento, la paciente persiste con clínica a pesar de mantener el omeprazol. La TAC abdominal es normal y la determinación de *H. pylori* de control es negativa, por lo que se solicita fibrogastroscoopia, en la que se evidencia cambios compatibles con esofagitis eosinofílica con anatomía patológica acorde.

Diagnóstico diferencial: diagnóstico diferencial de la epigastralgia: úlcera gastroduodenal. Esofagitis. Cáncer esofagogástrico. Enfermedad infiltrante gástrica: enfermedad de Menetrier, enfermedad de Crohn. Gastroparesia. Déficits de disacaridasas y enfermedad celíaca. Pancreatitis crónica, litiasis biliar. Cáncer de páncreas. Neoplasia abdominal. Enfermedades hepáticas crónicas. Insuficiencia cardíaca.

Tratamiento y planes de actuación: se mantiene omeprazol 20 mg/12 h y se deriva a digestología.

Evolución: pendiente de visita por digestología.

Conclusiones: la esofagitis eosinofílica es una enfermedad esofágica crónica, mediada inmunológicamente. Los antígenos implicados parecen encontrarse en los alimentos. Su prevalencia ha aumentado y representa actualmente la segunda causa de esofagitis crónica tras la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los síntomas principales son disfagia a alimentos sólidos e impactación alimentaria. El diagnóstico de sospecha se debe confirmar con la histología. El tratamiento se basa en el uso de fármacos o modificaciones dietéticas.

ÀNGELA PORCAR MATEO
ROSA MARIA LÓPEZ FRAILE
JOSEP VILAR MARTÍ
MARIA DEL MAR ARTIGAU ROFES
CAMELIA LILIANA MARINA
JEAN SÉBASTIEN URRUTIA

Contacte:
angelaporcarmateo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7177

Manejo del dolor abdominal a propósito de un caso

Hombre de 69 años, fumador de 20 cigarros al día, hipertenso, con antecedentes de isquemia cerebelosa derecha y epigastralgias frecuentes. Acude al centro de salud por epigastralgia de horas de evolución y un vómito sin productos patológicos. Episodios previos similares.

A la exploración sin signos de irritación peritoneal, dolor a la palpación profunda de epigastrio. Dada la ausencia de signos de patología urgente, se decide alta a domicilio con analgesia a la espera del estudio.

A las horas, acude a urgencias hospitalarias por persistencia del dolor. Presenta estabilidad hemodinámica, con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Destaca leucocitosis con neutrofilia. Pruebas de funcionalidad hepatopancreática, ácido láctico, electrocardiograma y radiografía abdominal normales.

Tras horas de evolución bajo tratamiento analgésico endovenoso y sueroterapia endovenosa, dada la ausencia de signos de patología urgente, se da de alta.

Vuelve a las horas por reaparición intensa del dolor epigástrico, esta vez con signos de irritación peritoneal a la exploración. Se solicita TAC abdominal, que muestra signos de isquemia mesentérica en arteria mesentérica superior con signos de sufrimiento intestinal.

Finalmente, el paciente ingresa en cirugía general y se realiza resección intestinal segmentaria, con buena evolución. Angio tomografía computarizada con trombo mural a nivel de la arteria mesentérica superior que ocluye por completo la arteria, hipodensidad geográfica esplénica sugestiva de infarto.

El dolor abdominal es una de las consultas más frecuentes en la atención primaria. Puede ser la manifestación de múltiples patologías de diversa gravedad. El diagnóstico diferencial de la epigastralgia debe realizarse con otras etiologías de dolor abdominal agudo (obstrucción intestinal, colecistitis, etc.), así como con patología vascular (infarto agudo de miocardio de cara inferior, aneurisma de aorta abdominal, etc.). Desde atención primaria es importante controlar los múltiples factores de riesgo cardiovascular que presenta nuestro paciente.

JOSEP VILAR MARTÍ
MARIA DEL MAR ARTIGAU ROFES
ÀNGELA PORCAR MATEO
ROSA LÓPEZ FRAILE
CAMELIA LILIANA MARINA
PAULA MARTÍNEZ GANDÍA

Contacte:
josep.vilar@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7178

La pell, un mirall de la salut

Centre: centre d'atenció primària.

Motiu de consulta: lesions cutànies eritematoses i pruriginoses a nivell de colzes i cames.

Història clínica: dona de 40 anys sense antecedents patològics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. Fumadora de 4-5 cigarrets diaris. La seva mare va morir als 81 anys per una neoplàsia de recte.

Acudeix a consulta per aparició de lesions cutànies eritematoses lleument pruriginoses als colzes i cames, de dues setmanes d'evolució. Inicialment es pensa amb una psoriasis i es prescriu tractament tòpic.

No obstant, les lesions empitjoren i s'estenen al dors de les articulacions interfalàngiques i metacarpofalàngiques de les mans i les parpelles suggerint malalties com ara la dermatomiositis o el lupus. Es comenta amb dermatologia que confirma la presència de:

Eritema en heliotropi palpebral.

Plaques violàcies sobre colzes i cames.

Plaques violàcies sobre el dors de les mans suggestives de pàpules de Gottron.

Davant l'absència de resposta a corticoides i de clínica sistèmica suggestiva s'orienta el quadre cap a una dermatomiositis. Així, doncs, es du a terme una exploració física exhaustiva per descartar una etiologia paraneoplàstica que revela un nòdul mamari esquerre.

Donades les troballes es realitza per part de cirurgia general una mamografia i una ecografia-PAAF que anatomopatològicament descriu un carcinoma ductal infiltrant pT1c que s'intervé mitjançant mastectomia radical modificada.

Conclusions: la pell es un sistema objecte de gran part de les consultes d'atenció primària. La seva patologia és diversa i el seu diagnòstic en ocasions complex. No obstant, la pell no es només substrat de les seves pròpies afeccions i pot actuar també com a reflex de neoplàsies i altres patologies sistèmiques. La identificació d'aquestes lesions es fonamental per a la presa de decisions en atenció primària i el seu maneig és vital per al manteniment de l'estat de salut del pacient.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

VICTORIA MARTÍNEZ GARCÍA
MERCÈ PALLARÉS SEGARRA
VEGA GARCÍA PEÑA
ÁLVARO VILLACIERVOS ALFARO

Contacte:
vmartinez@ssibe.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7179

Vasculitis, una enfermedad no sospechada

Hombre de 76 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico.

Consulta por escalofríos y fiebre de 38 °C vespertina, que comenzaron al volver de un camping hace 7 días. No ceden con antitérmicos. Tos no productiva. Artralgias y dolor osteomuscular. Niega picaduras. No síndrome tóxico.

Exploración física: temperatura, 37,5 °C; SatO₂, 97% basal.

AR: murmullo vesicular conservado con crepitantes finos en base pulmonar derecha.

Resto exploración sin alteraciones.

Test de antígeno rápido para COVID-19: negativo.

Se solicitan pruebas complementarias y se inicia tratamiento sintomático.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: atelectasia y aumento de la trama bronquial parahiliar derecha. Analítica: reactantes de fase aguda elevados. Citomegalovirus negativo; BEV negativo; PCR para COVID-19 negativa. Test de orina: hematuria, proteinuria. Cultivo negativo.

Reconsulta con importante afectación del estado general, disnea de pequeños esfuerzos y fiebre persistente.

Se deriva a urgencias hospitalarias por fiebre de origen desconocido de 15 días de evolución asociada a tos seca y artralgias, con la sospecha diagnóstica de neumonía lobar derecha.

Ingresa para estudio, iniciando antibioterapia.

Durante el ingreso presenta deterioro progresivo de la función renal con Cr al ingreso de 1,52 mg/dl que llega a picos de 3,1 mg/dl. Destaca microhematuria, proteinuria 1,1 mg/mg e hipoalbuminemia (3,28 g/dl), y reactantes de fase aguda persistentemente elevados.

Estudio inmunológico: C3, C4, CH50 normal. Inmunoglobulina G, A y M normales. PR3 ANCA negativo. MPO ANCA positivo.

Tomografía computarizada-Tomografía por emisión de positrones; proceso inflamatorio-infeccioso con adenopatías mediastínicas e hiliares de aspecto reactivo.

Orientación diagnóstica: síndrome nefrítico con fracaso renal agudo AKIN III no oligúrico, por posible GnRP por vasculitis ANCA +. Se confirma el diagnóstico por biopsia renal.

Tratamiento: corticoterapia y ciclofosfamida ajustado a función renal y peso. Profilaxis antibiótica y vacunaciones.

Las vasculitis son enfermedades infrecuentes que poseen una amplia constelación de hallazgos clínicos, serológicos y de imagen. Su diagnóstico supone un reto para el médico de atención primaria.

SAMIR GONZÁLEZ SAID
LIZ NACHO BODDEN
ALMA PALOMINO BUSTOS

Contacte:
samir.g.s92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7184

Doctor, me siento cansada

Enfoque individual: paciente de 30 años sin antecedentes médicos conocidos, antecedentes personales de asma sin tratamiento, trastorno alimentario en seguimiento por CSMA de zona. Consulta en marzo del 2020 por clínica de cansancio generalizado sin ninguna otra sintomatología. Se solicitó analítica para estudio, pero, a causa del estado de pandemia, la paciente no realizó la analítica y volvió a consultar en nuestro centro en diciembre de 2021, por persistencia de cansancio generalizado y mialgias.

A la exploración física ACP rítmica sin soplos ni rones, murmullo vesicular conservado. Neurología sin focalidad, no bocio, no adenopatías, no síndrome tóxico asociado.

Se solicitaron PC electrocardiograma RS sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de marzo de 2021 sin claras imágenes de infiltrados ni condensaciones. Se solicita analítica de los perfiles hepático y renal, normales. Hemograma sin alteraciones. No déficit de B12, folatos, ni hierro. Perfil lipídico CT 201. Receptores de acetilcolinesterasa 4,78 * nmol/L (normal <0,45).

Enfoque familiar: paciente soltera con 2 hijos que vive con sus padres, actualmente desempleada.

OD se orienta el caso como miastenia *gravis* sin clínica típica.

Diagnostico diferencial: esclerosis lateral amiotrófica, miopatía por alteración de función tiroidea, timoma, síndrome miasténico, fatiga crónica.

Evolución: se solicita tomografía computarizada de tórax para descartar timoma y se deriva a servicio de neurología

Conclusiones: la miastenia *gravis* produce debilidad en los músculos. Antes de desarrollarse el cuadro clínico típico, los síntomas pueden sugerir somatización u otras enfermedades neurológicas. El papel de atención primaria se centra en la sospecha diagnóstica y el seguimiento a largo plazo.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ÁNGELA CERVERA SÁNCHEZ
RAMÓN GRANÉS MARIA
BANEGAS GARCÍA JUDITH
BARROT DE LA PUENTE JOAN

Contacte:
angela_cervera11@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7185

A propòsit d'un cas. Pseudoleuconíquia

Pacient de 29 anys, sense al·lèrgies medicamentoses i sense antecedents patològics d'interès. Realitza eConsulta amb imatges perquè presenta des de fa 2 setmanes lesions a les ungles i periunguals, exclusivament a mans. A les imatges destaquen lesions molt variades a totes les ungles de les mans: leuconíquia de forma parcial, amb paraqueratosi, onicomadesi, onicolisi i dermatitis periungual. Referia que a la farmàcia li han dit que poden ser fongs i li han aconsellat que contactés amb el seu metge de l'ambulatori.

Citem presencialment a la pacient que explica que, des de fa anys, ella mateixa es fa ungles artificials. En el context d'estrès se les havia arrancat i posteriorment van aparèixer les alteracions que presentava actualment. A l'anamnesi dirigida per indagar si pot haver-hi alguna relació amb malalties sistèmiques, es descarta aquesta possibilitat. A l'exploració física presenta les alteracions ja descrites de la imatge que ens va proporcionar i destaca que es de manera parcial, ja que la part més proximal presenta una regeneració del llit unguial normal. Per descartar causa autoimmunitària es realitza analítica que resulta normal i fem cultiu micològic d'escates que resulta negatiu, fet pel qual aconsellem a la pacient mesures generals (no utilització de productes cosmètics, mantenir ungles seques, hidratació de mans...).

Les alteracions unguials poden ser degudes a múltiples causes, poden ser degudes a malalties sistèmiques o congènites i també a infeccions, però en els últims anys s'ha posat de moda l'aplicació d'ungles artificials que poden comportar alteracions importants a nivell dermatològic. El context de la pacient i l'exploració ens donen la clau per diferenciar entre una leuconíquia verdadera d'una pseudoleuconíquia i adequar el seu maneig.

SARA VIVANCO ROIG
MERLI MATEU RIU
JORDI DANIEL DIEZ

Contacte:
svivanco.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7186

Diagnòstic diferencial de la hipertransaminasèmia, a propòsit d'un cas

Àmbit: atenció primària.

Motiu consulta: astènia intensa de 3-4 setmanes d'evolució i febrícula puntual.

Historia clínica: dona de 67 anys. Ex-fumadora. No alcohol. MPOC. Dislipèmia. Tractament rilast/simvastatina. No síndrome tòxica ni simptomatologia infecciosa ni digestiva ni respiratòria. No acòlia ni colúria.

Exploració: auscultacions cardíaca i respiratòria normals, abdomen anodí, edemes extremitats inferiors, no icterícia. Radiografia tòrax i electrocardiograma sense troballes. Analíticament destaca ALT 455 U/L i AST 467, LDH 641 U/L i VSG 25 mm amb bilirubina/amilasa/GGT/hemostàsia normals, pro-BNP negatiu. Ecografia abdomen: normal. Sang oculta negativa. Sediment orina normal.

Diagnòstic diferencial d'hipertransaminasèmia sense colèstasi: fetge gras no alcohòlic: no esteatosi. Hepatitis alcohòlica: no consum. Hepatitis viral: serologia dels virus de l'hepatitis B i C negatives, no viatges zones endèmiques. Hemocromatosi: no hiperpigmentació, ferro, ferritina i IST normals. Wilson: no anell Kayser-Fleisher, pendent ceruloplasmina digestiu. Farmacològic: podria ser secundari a estatines. Hepatitis autoimmunitària: AMA/ANA/AML negatius. Cèliaquia: immunoglobulina A, anticòs antitransglutaminasa negatiu. Dèficit alfa-1-antitripsina: nivells normals. Alteració tiroïdal: hormona estimulant de la tiroide/T4 en rang, anti-TPO i anti-TG negatius. Hepatocarcinoma: ecografia normal, no cirrosi, no síndrome tòxic ni massa palpable.

Pla: retirar estatines i derivació preferent digestiu.

Evolució: empitjorament progressiu amb limitació funcional, pèrdua ponderal, molèstia abdominal i debilitat proximal de les extremitats inferiors. Ingressa per estudi. Analíticament destaca ALT 345 U/L, AST 332 U/L, CK 5266 mg/dl, D-Dímer 1.493 ng/ml. Resonància magnètica compatible amb miositis. Biòpsia muscular: miopatia necrosant autoimmunitària associada a anti-SRP positius. No evidència neoplàstica ni TEP a tomografia computada cranioracoabdominal, endoscòpia normal, marcadors tumorals negatius, exploració mamària normal. Inici tractament corticoides i immunosupressors (prednisona i metotrexat).

Conclusions i aplicabilitat a atenció primària: aquest cas permet una revisió del diagnòstic diferencial davant d'una hipertransaminasèmia, així com la indicació de derivació. La miositis necrosant autoimmunitària és una patologia poc freqüent que cal tenir en compte en casos amb debilitat muscular progressiva proximal d'extremitats inferiors associada a elevació de CPK i transaminases. Pot ser secundària a l'ús d'estatines en pacients amb predisposició genètica o paraneoplàstica.

YENIER JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
MIREIA AYMAMÍ MARTINEZ
MARGARITA ÁLVAREZ BARRIO

Contacte:
yjimenezh@xarxatecla.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7187

Infarto óseo: *No habíamos pensado en él*

Hombre de 45 años, consulta por gonalgia derecha al levantarse, asociada a crepitación de más de un año de evolución.

Antecedentes: exfumador. 2017: accidente de moto con contusión bilateral en rodillas, que no precisó asistencia.

Exploración física: crepitación a la flexión extrema, resto anodina.

Prueba de imagen, radiografía de rodilla: lesión condensante ósea de morfología irregular y márgenes delimitados en el cóndilo femoral interno derecho con reacción perióstica irregular.

Diagnóstico diferencial: osteosarcoma, condrosarcoma, condroblastoma, quiste óseo, infarto óseo.

Se solicita desde atención primaria resonancia magnética y tomografía computarizada de rodilla derecha: en la vertiente interna de la metafisis femoral distal se identifica una lesión de morfología serpiginosa de 20 mm x 20 mm x 15 mm. La lesión contacta con la cortical y asocia engrosamiento focal. No se evidencia componente acompañante de masa de partes blandas ni edema en partes blandas circundantes. Dadas sus características y la localización radiológica se orienta como infarto óseo en fase crónica.

Visitado por traumatología y comentado con la unidad de tumores de la Vall d'Hebron, se realiza manejo expectante con resonancia magnética de control e infiltración con ácido hialurónico y corticoterapia; se aconseja control evolutivo para descartar evolución poco frecuente a lesión ósea maligna.

MARC LÓPEZ CARNÉ
ALBERTO GALDÁMEZ RAYO
MONTSERRAT GAVAGNACH BELLSOLÀ

Contacte:
marclopez@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7189

I si la tuberculosi ha salvat una vida?

Home de 70 anys en situació d'exclusió social en habitatge ocupat, es diagnostica de tuberculosi pulmonar a l'hospital. Salut pública avisa el CAP al qual pertany l'habitatge per a realitzar una primera valoració. El pacient és originari d'una altra ABS i, per tant, no se'n té constància.

Degut a la crisi d'hipertensió i a la descompensació aguda de la diabetis *mellitus* de tipus 2 es deriva de forma immediata al consultori.

S'administra captopril, insulina ultraràpida i sèrum endovenós fins a obtenir valors òptims.

S'inicia enalapril i es programa una analítica urgent on destaca: hemoglobina glicada: 11,8%; glucosa basal: 248 mg/dl; microalbuminúria: 273,88 mg/g.

En la visita conjunta següent es decideix iniciar insulina per a un òptim control.

S'inicia glargina 300 UI/ml en funció dels resultats que vagi aportant. Es continua amb metformina.

S'explica l'administració de la insulina (zones, rotació, complicacions i maneig, propers controls). Es donen signes d'alarma en cas d'hipoglucèmia i hiperglucèmia. Es pauta i explica l'administració de glucagó.

S'explica dieta i exercici, aliments recomanats adaptats a la seva situació social.

Es dona el glucòmetre i s'expliquen els autocontrols per telemonitorització.

Es programen properes visites i es valora modificar la medicació durant els següents mesos.

Un diagnòstic fortuït de tuberculosi ha permès descobrir un pacient crònic complex que, a causa de la seva situació social, estava descompensat i sense seguiment.

L'exclusió social pot provocar una pèrdua del seguiment.

La prescripció s'ha d'adaptar a la situació social del pacient, l'accés als aliments i l'adequació al seu entorn i les facilitats.

La infecció per tuberculosi ha fet que el pacient sigui atès i tractat pel seu equip d'atenció primària, que ha intentat adaptar-se a les diferents situacions i ha aprofitat novament el pacient a l'atenció correcta. La pandèmia ha fet que aquests pacients siguin invisibles? Com manejar la nova realitat? Hauria estat massa tard sense el diagnòstic de tuberculosi?

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

VIOLETA URIACH TIMONEDA
CARME PAEZ REGADERA
ESTEL CALL ALSINA
ANNA NIERGA LLANDRICH
ALEXANDRA CASCANTE LLORENTE
SARA OBELLEIRO NADAL

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7190

Burn-out i predisposició individual

Objectiu: descriure els treballadors del centre d'atenció primària que pateixen síndrome de *burn-out*. Alhora, identificar aquells treballadors que presentin factors de predisposició a patir-ne.

Mètode: estudi descriptiu transversal. S'utilitza el qüestionari anònim validat de *burn-out* de Maslach. La recollida de dades de tots els treballadors del centre és mitjançant el correu electrònic corporatiu, el mes de desembre de 2021 coincidint amb la sisena onada de la COVID-19. El qüestionari és positiu en el cas de complir els tres criteris: patir esgotament emocional, despersonalització i no tenir realització personal.

Criteri d'inclusió: treballadors del centre durant l'any 2021.

Criteri d'exclusió: treballadors que no han estat en actiu durant l'any 2021.

Resultats: mostra n = 83 (92,22% personal del centre) dels quals el 49,39% compleix criteris de *burn-out*.

Dels 42 treballadors que no compleixen els criteris de *burn-out*, es detecta que 23 (54,76%) presenten dos dels tres criteris; dels quals, 13 (30,95%) presenten esgotament emocional i despersonalització; 5 treballadors (11,9%), despersonalització i no realització personal, i 5 (11,9%), esgotament emocional i no realització personal.

Hi ha 14 treballadors (33,33%) que presenten un dels factors, 6 (42,9%) no tenen realització personal, 3 (21,4%) pateixen esgotament emocional i 5 (35,7%), despersonalització.

A destacar que únicament hi ha 5 treballadors (11,9%) que no compleixen cap criteri de *burn-out*.

Conclusions: pràcticament el 50% dels treballadors d'atenció primària compleixen criteris de *burn-out*.

Dels treballadors que no compleixen criteris, un 54,76 % presenten dos criteris i un 33,33% un, fet pel qual es podrien considerar amb predisposició a patir-ne un 88,1%.

Només un 11,9% dels treballadors no compleix cap dels criteris.

Davant aquests resultats és necessari portar a terme actuacions per millorar les condicions laborals, així com aconseguir una disminució de la simptomatologia relacionada amb el lloc de treball.

SOFIA MELERO IGLESIAS
ROGER BARBA PADRÓS
XAVIER MEZQUIRIZ FERRERO

Contacte:
someig16@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7191

Tumoració de cristall

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: creixement de bultoma a la mà esquerra.

Història clínica: enfocament individual, judici clínic i diagnòstic diferencial: pacient de 56 anys amb hipertensió, diabetis *mellitus* de tipus 2, esteatosis hepàtica, hiperuricèmia asimptomàtica (12,6 mg/dl el 2019) i claudicació intermitent.

Consulta el 2018 per aparició de bultoma gomós ben delimitat, al dors de la mà esquerra, lleument dolorós a la flexió dels dits, orientant-se inicialment com a quist sinovial.

El 2021 reconulta per creixement progressiu del bultoma. Es realitza radiografia (no s'observen lesions òssies) i una ecografia de parts toves que mostra tumoració sòlida hipoecogènica amb vascularització perifèrica i lleu intralesional que per les seves característiques s'orienta com a tumor de cèl·lules gegants de la beina tendinosa. Es completa l'estudi amb ressonància magnètica que mostra signes de malignitat, fet que reforça el diagnòstic de tumor de cèl·lules gegants. Finalment, es realitza tomografia computada i biòpsia amb agulla gruixuda de la lesió i es descarta un procés maligne. Amb els resultats de la biòpsia s'orienta com a tofus gotós.

Tractament i plans d'actuació: el pacient es derivat a COT per valorar la exèresi de la lesió. Es realitza anàlítica de control on es confirma aquesta hiperuricèmia i s'inicia tractament hipouricèmic.

Conclusions: les característiques tant del pacient com de les dades analítiques i la clínica permeten fer un diagnòstic diferencial ampli de les tumoracions de parts toves, així mateix, aquest cas permet la discussió sobre iniciar tractament hipouricèmic en pacients inicialment asimptomàtics, ja que l'inici depèn de la malaltia de base i la repercussió sistèmica de cada individu.

El pacient ha firmat el consentiment i ens permet la utilització de les iconografies i del cas.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LUCÍA ALEJANDRA MANNING SORIA- GALVARRO
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ
ALBA GARCÍA ZAERA

Contacte:
lu.manningsogal@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7192

Veo muertos que me hablan...

Àmbit: atención primaria.

Motivo de consulta: alucinaciones visuales y auditivas.

Antecedentes personales: alérgica al metamizol, enolismo 40 g/día, fumadora,

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, anemia ferropénica, síndrome post-COVID-19 en estudio (diarreas, cefalea).

Acude a consulta por presentar alucinaciones auditivas (refiere voces que mencionan su nombre) y visuales (refiere ver muertos) de inicio brusco, de 2 semanas de evolución, sin focalidad neurológica ni otra clínica sugestiva de patología psiquiátrica previa. La paciente en los meses previos inició estudio de diarreas tras COVID-19, (colonoscopia, fibrogastroscopia normal, celiacía, hormona estimulante de la tiroides, coprocultivo, parásitos y sangre oculta en heces negativo), con algunos episodios de cefalea holocraneana con sonofobia y fotofobia sin signos de alarma, por lo que se encontraba de baja laboral. Exploración física anodina. Se solicita analítica que no evidencia déficit de cobalamina ni folatos. Serologías de VIH y treponema negativas. Se solicita tomografía computarizada (TAC) craneal para descartar organicidad.

El día de la realización de la TAC, presenta somnolencia llegando a con disminución de conciencia. Se observa lesión única frontotemporal derecha sólida de 53 mm x 58 mm x 54 mm sugestiva de meningioma con efecto masa sobre ventrículos laterales y tercer ventrículo desplazando asta temporal izquierda occipital.

Se orienta como alucinaciones secundarias a lesión tumoral del sistema nervioso central. Descartando patología psiquiátrica.

Dado el hallazgo y la disminución de conciencia pasa de sala de TAC a urgencias y se programa cirugía emergente a las 24 h. Posterior radioterapia.

Buena evolución con desaparición de alucinaciones. Se mantienen los controles periódicos de medicina de familia y neurología. Como complicación presentó cefalea leve y una crisis focal posradioterapia.

Conclusiones: las alucinaciones son síntomas poco usuales en nuestra consulta y cuando se presentan, generalmente tienen una etiología psiquiátrica, por lo que es importante tener siempre presente los signos de alarma y el diagnóstico diferencial.

ANNA ESTAFANELL CELMA
HELENA NAVARRO ARTACHO
BEGOÑA DE IRALA SAN JULIÁN

Contacte:
aestafanell.centre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7193

Doctora, la llengua em crema

Àmbit del cas: atenció Primària.

Motiu consulta/història clínica: home de 45 anys, cremor de llengua de 3 setmanes de durada. Sense antecedents mèdics. Fumador, nega altres tòxics. No tractament habitualment. S'observa àrea depapil·lada a la línia mitjana dorsal de la llengua, vermell intens, forma romboide plana, 1 cm x 1 cm de diàmetre. No disfàgia ni odinofàgia, no adenopaties.

Judici clínic: glossitis romboidal mitjana.

Diagnòstic diferencial: estomatitis aftosa, eritroplàstia oral, llengua geogràfica, ulceracions traumàtiques, cremades químiques, carcinoma de cèl·lules escamoses.

Tractament i evolució: antifúngics tòpics 1 setmana. Control clínic 2 setmanes: lesió resolta, pacient asimptomàtic. Analítica amb serologies, sense alteracions valorables. Glossitis romboidal mitjana o atrofia papil·lar central. Alteració benigna poc freqüent, <1% població general, afecta més a homes (3:1). Inici als 40-45 anys. Localització: línia mitjana del dors de la llengua, per davant de la V lingual. Àrea vermellosa, romboidal, superfície plana habitualment, sense papil·les filiformes. Ocasionalment lesió exofítica, mamelonada. Etiologia desconeguda. Factors locals com tabac, ús de pròtesis dentals o petits traumatismes afavoreixen la proliferació de *Candida albicans* en el dors llengua. A vegades s'acompanya de lesions eritematoses a la línia mitjana del paladar, conseqüència del contacte de la llengua amb la zona superior de la cavitat oral: "lesió del petó" o "lesió en mirall". Diagnòstic clínic davant del dubte estudi histopatològic mitjançant biòpsia.

Tractament: en la glossitis romboidal mitjana asimptomàtica només cal control mitjançant fotografia clínic. Quan presenta cremor, cal evitar el consum d'aliments condimentats. Es pot tractar amb antifúngics com la nistatina, clotrimazole, fluconazole i ketoconazole. Valorar si el pacient pot estar immunodeprimit, estudi analític amb serologies VIH. Síntomes acompanyants, com dolor lingual, otàlgia o disfàgia, han de fer sospitar neoplàsia oculta i caldrà fer biòpsia.

Conclusions/aplicabilitat: les lesions per *C. albicans* són oportunistes per naturalesa. Per tant, la presència de lesions a la boca, com la glossitis romboidal mitjana, ha de fer-nos sospitar que el pacient pot estar immunodeprimit.

VERONICA TORRAS VIVES
CRUZMA FUENTES BELLIDO
LAURA SEGARRA FERNÁNDEZ

Contacte:
vtorras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7194

Dolor lumbar. Signe sentinella

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor lumbar progressiu.

Història clínica: enfocament individual: dona de 75 anys, autònoma amb antecedents de hipertensió arterial, dislipèmia, neoplàsia renal dreta (nefrectomia radical el 2014) i insuficiència renal crònica.

Consulta per dolor lumbar, sense traumatisme ni sobreesforç, que empitjora ràpidament en les següents 6 setmanes, amb irradiació a l'espai intercostal dret i inici de dolor subcostal esquerra; sent incapacitant per al dia a dia i amb pobre resposta als diferents esglavons terapèutics i a la rehabilitació.

No febre, quadre tòxic, canvi ritme deposicional, ni altra simptomatologia associada.

En l'exploració física únicament presenta dolor a la palpació de la musculatura paravertebral lumbar i a la graella costal esquerra. Maniobres ciàtiques negatives, no dèficit motor, sensitiu ni alteracions neurològiques.

Judici clínic, diagnòstic diferencial. Davant del dolor ossi generalitzat ràpidament progressiu i l'antecedent de neoplàsia renal, es planteja possible metàstasi, se sol·licita radiografia lumbar i de graella costal, sense troballes. Davant aquesta sospita es realitza interconsulta amb urologia, conclouen que l'estadiatge i l'evolució de la neoplàsia renal no concorda amb la seva possible disseminació. Donada la gravetat del quadre i la sospita de procés oncològic concomitant se sol·licita ressonància magnètica de columna que presenta troballes compatibles amb infiltració metastàtica.

Tractament i plans d'actuació. Es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid per a estudi. En l'anàlisi presenta elevació CA 15,3; la tomografia computada toracoabdominal descriu tumoració de marges irregulars a la mama esquerra suggestiva de neoformació; lesió focal hepàtica (no permet descartar M1) i afectació esquelètica difusa (columna dorsolumbar, pelvis, costelles, estern).

Evolució: s'inicia seguiment conjuntament amb primària, ginecologia, oncologia, clínica del dolor i PADES.

Conclusió: el dolor lumbar és una de les consultes més freqüents a atenció primària i urgències. És vital reconèixer les *red flags* que indiquen una possible gravetat per tal d'ampliar l'estudi. En aquest cas, es tracta d'una neoplàsia mamària sense palpació tumoral que no presenta clínica fins a un estadi avançat.

ÁLVARO MORENO NIETO
ROSA VIVES ABELLÓ
ADELINA FALLADA POUGET

Contacte:
alvaro_mn92@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7195

Per què necessito diagnòstic de trastorn d'espectre autista si soc adult i no m'ho han diagnosticat abans? AQ-10, eina de cribatge

Motiu de consulta a l'atenció primària: la família refereix trets de conducta establerts, similars al comportament del fill amb trastorn de l'espectre autista (TEA), en relació amb la manca d'interacció social.

Història clínica: pacient de 31 anys, casat, amb dos fills. Nena de 8 i nen de 6 anys amb TEA. Presenta conductes rígides, repetitives i disfèmia.

Introducció: entenem com a TEA un conjunt de trastorns de gravetat variable que es caracteritzen per problemes amb la comunicació i comportaments restringits i repetitius.

L'etiologia dels TEA no està clara en l'actualitat, donada la seva alta heretabilitat, diferents estudis fan referència als aspectes genètics.

La prevalença del TEA ha anat en augment, passant de 4/100.000 a 100/100.000 en els darrers anys.

El reconeixement dels TEA com una condició per a tota la vida ha portat a un augment del diagnòstic en adolescents i adults, que fa uns anys haguessin estat diagnosticats de retard mental o retard en el desenvolupament.

Un aspecte clau en l'avanç del diagnòstic és el desenvolupament i adaptació d'eines de detecció per ser utilitzades en l'atenció primària. I també d'eines diagnòstiques per col·laborar en el procés del diagnòstic en l'atenció especialitzada.

En els pacients no diagnosticats en la infantesa, els metges de primària haurien de ser capaços d'identificar-los i derivar-los.

Pla d'actuació: fins ara l'eina AQ (Autism-Spectrum Quotient) era la utilitzada per avaluar els símptomes de TEA en adults. Es tracta d'un qüestionari de cribatge massa llarg. Ara disposem d'una versió breu, l'AQ-10, que consta de 10 ítems, com a eina d'ús a consulta amb la finalitat de discriminar la derivació o no, cap a l'especialitzada.

Conclusió: el resultat AQ-10 és de 8 punts. Entre 6 i 10 es considera la possibilitat diagnòstica.

Evolució: pacient derivat a especialitzada.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO
JÚLIA TORGUET CARBONELL

Contacte:
portajera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7196

Infreqüent però visible. Un cas de dermatomiositis

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: edemes, febrícula i poliartràlgies

Home de 50 anys que acudeix a primària referint clínica d'1 mes d'evolució amb febrícula (37,5 °C), poliartràlgies en extremitats, i edemes i eritemes palpebrals bilaterals. Associa debilitat en extremitats inferiors amb l'esforç. No refereix alteracions visuals, cefalea, dispnea, dolor toràcic, ni alteracions de la micció ni del ritme deposicional. Nega pèrdua de pes o síndrome tòxic. Nega antecedents personals d'artritis, Raynaud, uveïtis o psoriasis. Refereix antecedents familiars de psoriasis i artrosi.

L'exploració física mostra edemes a mans, peus, turmells, genolls i canells, així com edema i eritema bilateral a la parpella superior (eritema en heliotrop). S'observen lesions cutànies descamatives eritematoviolàcies dorsals en metacarps bilaterals (pàpules de Gottron). Presenta espatlles doloroses a la mobilització i genoll dret dolorós a l'extensió amb augment de temperatura local. No mostra altres alteracions.

L'anàlisi de sang és normal excepte per: hemoglobina: 10,7 g/dl; VCM: 64,4 fl; reticulòcits: 48,1 x 10⁹/l; temps de protrombina: 85%; creatina-cinasa: 792 U/l; ferritina: 712 ng/ml; PCR: 16,84 mg/l.

S'orienta el cas com a possible dermatomiositis i es deriva a reumatologia que decideix l'ingrés per a estudi, incloent: 1) Analítica normal excepte per: BNP: 167,5 ng/l; ENA: 115,7 CU; Ag HLA-B27 positiu, Ku positiu alt; TIF1-gamma positiu débil. 2) Electromiografia que mostra afectació muscular amb denervació no greu. 3) Capil·laroscòpia compatible amb un patró d'esclerodèrmia activa amb marcats signes de neoformació, altament suggestiu de dermatomiositis. 4) Tomografia per emissió de positrons-tomografia computada confirmant hipermetabolisme glicídic muscular inespecífic. 5) Biòpsia muscular positiva per infiltrats inflamatoris al voltant de vasos sanguinis i teixit conjuntiu, amb fibres musculars atrofiques, compatible amb dermatomiositis.

S'inicia tractament amb prednisona amb bona evolució, i es dona l'alta a domicili i seguiment per reumatologia.

Tot i ser una síndrome poc freqüent, la dermatomiositis es presenta amb signes característics, detectables a primària, i es recolza la correcta orientació diagnòstica per la posterior confirmació amb proves específiques.

MARTA LLEDÓ MIÑANA
MARTA CANEDO GABÍN
MAR AQUILUÉ BERDÚN

Contacte:
mlledo.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7197

Protección barrera y relaciones sexuales con personas conocidas a través de aplicaciones o redes

Objetivo: Describir la proporción de personas que utilizan y que no utilizan protección barrera durante las relaciones sexuales con personas conocidas a través de las redes sociales, así como la proporción de personas diagnosticadas de una infección de transmisión sexual (ITS).

Pacientes y métodos: diseño descriptivo transversal, realizado durante los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022. Se realizó un cuestionario que se compartió a través de redes sociales, con las variables de edad, sexo, información acerca de ITS, uso de preservativo durante las relaciones sexuales orales, uso de preservativo durante las relaciones sexuales con penetración e información sobre si han sido diagnosticados de alguna ITS y si han utilizado protección durante la relación. Muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión: mantener relaciones sexuales con personas conocidas a través de las redes sociales. Se analizaron las variables categóricas en porcentajes. Los participantes respondieron al cuestionario de forma voluntaria, anónima y sin remuneración económica. Se encontraron limitaciones a la hora de extraer resultados; la encuesta tuvo un corto alcance, y se produjo saturación de la información.

Resultados: respondieron al cuestionario 110 personas. El 81,2% habían utilizado protección barrera en las relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal). En las relaciones con sexo oral, un 84,3% NO había utilizado ningún tipo de protección barrera. Un 2,3% ha sido diagnosticado de una ITS a raíz de encuentros a partir de las redes sociales.

Conclusión: se observa que el uso del preservativo para mantener relaciones sexuales con penetración se encuentra muy extendido en la población, mientras que para realizar sexo oral no se suele utilizar ningún tipo de protección.

Las cifras reflejan que un 20% de las personas que son diagnosticadas de una ITS no han utilizado preservativo en sus relaciones sexuales con penetración y un 80% no ha utilizado protección durante el sexo oral.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA CANEDO GABÍN
MARTA LLEDÓ MIÑANA
MAR AQUILUE BERDÚN

Contacte:
mcanedo.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7198

Redes sociales y enfermedades de transmisión sexual en jóvenes

Objetivo: describir la proporción de jóvenes de entre 20 y 29 años con información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su relación con las redes sociales.

Pacientes y métodos: diseño descriptivo transversal, realizado durante el mes de diciembre de 2021. Se difundió por redes sociales una cuestionario con las variables de edad, información acerca de ETS, empleo de redes sociales para conocer gente y mantener relaciones sexuales, diagnóstico de ETS tras encuentro sexual a través de redes sociales y notificación de contacto sexual de persona con ETS. Muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión: tener entre 20 a 29 años. Se analizaron las variables categóricas en porcentajes y número. Los participantes respondieron al cuestionario voluntariamente sin remuneración económica.

Resultados: respondieron al cuestionario 226 personas de entre 20 y 29 años.

De ellas, 224 (99,1%) habían oído hablar de ETS: 144 de gonorrea, 119 de sífilis, 200 de VIH, 73 de VHS, 53 del virus del papiloma humano, 89 de clamidia y 8 de tricomoniasis.

El 43,8% han utilizado las redes para conocer gente: 73 Tinder, 68 Instagram, 18 Facebook, 8 Grindr, 4 Badoo, 2 Meetic y Wapo, Randochat, Bumble y Bender.

75 personas han mantenido relaciones sexuales con gente que han conocido en estas apps, de las cuales 5 han sido diagnosticadas de alguna ETS. Una persona fue contagiada de sífilis, otra de gonorrea, otra de clamidia, otra de tricomoniasis y otra de VPH.

El 4% han sido notificadas de ser un contacto sexual de una persona con una ETS.

Conclusiones: existe una gran proporción de jóvenes que utilizan las redes sociales para conocer gente. Con la pandemia, el número de las personas que las utilizan ha aumentado.

Las dos ETS más conocidas son la sífilis y la gonorrea, que son las más prevalentes en España. Además, ambas se encuentran entre las personas que se han contagiado por alguna ETS.

CARME PÁEZ REGADERA
ESTEL CALL ALSINA
ANNA NIERGA LLANDRICH
VIOLETA URIACH TIMONEDA
ALEXANDRA CASCANTE LLORENTE
SUSANNA PLANELLA GALINDO

Contacte:
mpaez.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7199

Deixarem la primària?

Objectiu: conèixer la prevalença de personal sanitari i administratiu del nostre centre d'atenció primària que es planteja deixar la professió arran de la sisena onada de la COVID-19.

Pacients i mètodes: estudi descriptiu transversal. S'utilitza una enquesta anònima, que inclou el qüestionari validat de Maslach per diagnosticar el *burn-out* i afegeix la pregunta: "T'has plantejat deixar la feina?"

La recollida de dades és a través de la bola de neu, mitjançant el correu corporatiu entre els dies 24 i 31 de desembre de 2021, al personal del centre que hi hagi treballat durant l'any 2021.

Resultats: N = 83 treballadors. D'ells, el 46,98% s'ha plantejat deixar la professió i el 58,53% tenen *burn-out*.

Dels professionals que voldrien canviar de professió, un 33,33% són metges/esses i infermer/eres, d'aquests 35,89% tenen *burn-out*; un 29,16% són administratius, dels quals un 23,07% tenen *burn-out*, i un 4,5% pertanyen als altres estaments (odontologia, TCAI, treballador/a social, psicòleg) i d'aquest grup un 5,1% pateixen *burn-out*.

En relació amb els anys treballats, tenen més risc de *burn-out* els que porten entre 10-20 anys treballats (50%).

Conclusió: davant els resultats es confirma que molts dels professionals pateixen *burn-out* i es plantegen canviar de professió. Això posa de manifest la necessitat de prevenció del *burn-out* i de dur a terme actuacions per millorar les condicions laborals dels treballadors del nostre centre.

Caldria tenir en compte resultats com els d'aquest estudi per anticipar-nos a possibles situacions de crisi sanitària que puguin esdevenir en un futur.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CRISTINA PÉREZ RUIZ
DARILA MARTINA VINCIGUERRA
JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ CRISTOBAL

Contacte:
cperezr92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7200

Contusión costal, más allá de la fractura

Àmbito: atenció primària.

Motivo de consulta: dolor toràcic i disnea.

Antecedentes: sin alergias medicamentosas ni hàbitos tòxics. Hipertensió arterial, dislipèmia i flutter auricular anticoagulat.

Enfermedad actual: mujer de 76 años que acude por dolor toràcic en punta de costado izquierdo, de 6 horas de evolución, acompañado de disnea a pequeños esfuerzos. No tos ni expectoración. No fiebre. No vegetatismo. Al preguntar sobre posibles desencadenantes refiere caída hace 4 días. Fue valorada en urgencias y se detectó dudosa fractura costal izquierda en radiografía.

Exploración física: PA 111/75 mmHg, FC 80 lpm, SatO₂ 96%. Afebril. Mal estado general. AC: arrítmica, no soplos ni rones. AR: hipofonesis basal izquierda. ABD y neurología: normales.

Exploraciones complementarias: electrocardiograma: FA a 72 lpm, eje 60°, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: derrame pleural hasta campos medios en hemitórax izquierdo.

Diagnóstico diferencial: ante la clínica y exploración física, inicialmente se sospechó un hemotórax, neumotórax o una neumonía, y con menor probabilidad un síndrome coronario agudo. Una vez visto el electrocardiograma y la radiografía se orientó como un hemotórax dado el antecedente traumático en una paciente anticoagulada.

Tratamiento y plan de actuación: dada la sospecha clínica es derivada a urgencias hospitalarias, donde se confirma el diagnóstico. Se coloca tubo de drenaje pleural e ingresa en cirugía.

Evolución: tras la colocación del drenaje se obtienen 800 cc hemáticos y se inicia terapia con urocina con mejoría progresiva del dolor y la disnea. Finalmente, se retira drenaje, presenta una radiografía de control correcta y es dada de alta. Actualmente, la paciente está asintomática y únicamente persiste una mínima hipofonesis en base izquierda, con buenas saturaciones.

Conclusiones: la causa más frecuente de hemotórax son los traumatismos. El diagnóstico precoz puede prevenir una mala evolución clínica. Desde atención primaria debemos estar alerta ante la aparición de disnea después de un traumatismo, especialmente en pacientes anticoagulados.

ELENA DE FRUTOS ECHANIZ
SILVIA GRÀCIA AGUIRRE
LAURA ILLAMOLA MARTÍN

Contacte:
lendeFrutos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7201

Dispnea en temps de COVID-19

Enfocament individual: dona 74 anys consulta per dispnea aguditzada que empitjora en decúbit i bendopnea. No broncorrea. No contactes COVID-19. Antecedents personals: artritis reumatoide i hipertensió arterial. Exploració física: tons cardíacs rítmics, murmuri vesicular conservat amb subcrepitants bibasals, sense edemes. Tensions correctes, sense febre, saturació del 96%. Test antigènic ràpid negatiu. Radiografia de tórax: elongació aòrtica, massa mediastínica amb nivell hidroaeri sobreprojectat a la silueta cardíaca compatible amb una voluminosa hèrnia de hiatus (HH). Angio-tomografia computada: voluminosa HH que conté estómac i part de colon transvers. Aorta toràcica descendent elongada i desplaçada posteriorment. Atelectasi per compressió del parènquima pulmonar.

Diagnòstic diferencial: COVID-19, insuficiència cardíaca, pneumopatia intersticial relacionada amb artritis reumatoide.

Judici clínic: l'HH es produeix per l'eixamplament hiatal esofàgic i diafragmàtic amb el subseqüent debilitament de la membrana frenoesofàgica, a través de la qual passen a la cavitat toràcica els òrgans abdominals. La clínica varia de reflux, dolor toràcic o dispnea fins a complicacions com vòlvuls, encarceració, estrangulació o perforació.

Tractament: mesures higienicodietètiques, broncodilatadors, omeprazole 20 mg/dia.

Pla d'actuació: es deriva a cirurgia per valorar una intervenció, ja que s'ha demostrat franca millora en la funció respiratòria en les hèrnies gegants paraesofàgiques.

Conclusiones: davant un símptoma tan general com és la dispnea cal fer el diagnòstic de possibles causes no pulmonars, com pot ser l'HH gegant. No hi ha evidència de l'ús de procinètics.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMA ESTRADA BANCELLS
ESTER TARRADAS PUÉRTOLAS
DAVID FORNOS GONZÁLEZ
REBECA SEGURA BORRÁS
EDUARDO MILL FERREYRA
SARA LÓPEZ GARCÍA

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7202

Avaluació dels factors de risc cardiovascular dels nostres pacients diabètics durant la primera onada de la COVID-19. Estudi observacional

Objectiu: partint de les següents hipòtesis: 1) la falta o la disminució d'exercici físic pot haver comportat un canvi en els nivells lipídics, un augment de pes (IMC) i un augment de la tensió arterial, i 2) el canvi dels hàbits alimentaris ha pogut comportar augment en les glucèmies basals i en l'hemoglobina glicada dels pacients en la primera onada de COVID-19.

Material i mètodes: Es tracta d'un treball observacional retrospectiu on s'analitzen paràmetres bioquímics i antropomètrics abans de l'estat prealarma i 6 mesos després de l'estat prealarma.

D'un total aproximadament de 1.260 pacients diabètics de tipus 2 s'analitza una mostra representativa de 574 pacients amb un interval de confiança del 95%.

Resultat: 1) com s'evidencia, la massa corporal s'altera de forma significativa en tots dos sexes, però l'hemoglobina glicada es veu més afectada en el sexe masculí durant aquest període de confinament; 2) els paràmetres lipídics avaluats demostren una diferència significativa només del colesterol HDL, que mostra una mitjana més alta després del confinament; 3) no s'observen diferències estadísticament significatives en la tensió arterial sistòlica i diastòlica pre- i postpandèmia; 4) la pressió de puls relacionada amb la rigidesa arterial no mostra diferència significativa; 5) l'estudi per sexes palesa que les dones són més afectades per les modificacions hemodinàmiques en el context de la rigidesa arterial.

Conclusions: el fet que s'hagi estudiat 6 mesos abans i 6 mesos després de l'estat d'alarma ha pogut donar com a resultat que no hi ha prou evidència estadísticament significativa dels canvis sobre paràmetres com els lipídics i les xifres de tensió arterial, a diferència de l'índex de massa corporal, ja que pot ser que el temps estudi no hagi estat suficient.

MARGALIDA CADENA RUTLLAN
MARIA FLORENCIA POBLETE PALACIOS
VALENTÍN ARAGUNDE MIGUENS

Contacte:
mcaadenar@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7203

Síndrome de Hoffmann

Àmbit: atenció primària.

Motiu: debilitat i fatiga muscular de mesos d'evolució.

Història clínica: home de 31 anys sense al·lèrgies ni hàbits tòxics, tampoc antecedents patològics. Acut a la consulta perquè des de fa mesos presenta debilitat i fatiga de predomini a les extremitats inferiors, que s'acompanya de parestèsies i fasciculacions, sobretot quan fa esport. Ja ha consultat en un hospital privat i ens aporta les analítiques que li van sol·licitar. Observem que les úniques alteracions són: CK 1.150 mg/dl i una creatinina d'1,63 mg/dl en totes les analítiques. El pacient nega la presa de medicació, drogues o anabolitzants. Nega altra simptomatologia.

Judici clínic: l'exploració física no mostra alteracions. ROT presents i simètrics. Revisem detingudament les analítiques i pensem a derivar-lo a la unitat de múscul per tal que li facin una biòpsia i es pugui arribar al diagnòstic. No obstant, el pacient ens comenta que, a més de la debilitat muscular als membres inferiors últimament, també ha notat artràlgies generalitzades i astènia. Ens adonem que a cap de les analítiques que li han realitzat se li ha demanat el perfil tiroidal.

Sol·licitem analítica amb perfil tiroidal. La nova analítica revela: hormona estimulant de la tiroide, 39,5 mUI/l; T4, 0,11 ng/dl; T3, <0,10 ng/dl; TPOAb >1.300 UI/ml.

Obtenim el diagnòstic de síndrome de Hoffmann.

Tractament: el pacient comença tractament amb levotiroxina 100 mcg/dia.

Evolució: el citem a les 2 setmanes i indica que es troba enèrgic i asimptomàtic.

Conclusions: tendim a pensar que els pacients tenen patologies més complicades del que són i en comptes d'anar descartant les malalties més habituals ens capfiquem a buscar diagnòstics inhabituals. Tanmateix, és cert que la patologia de la tiroide és per excel·lència una de les que ofereix més símptomes diferents i no sempre es presenta igual. No hem d'oblidar que pot debutar com a miopatia.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA LLUCH ÀLVAREZ
CARMEN MORENO BLAS
ANNA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Contacte:
marta.ll2472@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7205

No tot mareig és vertigen

Àmbit del cas: atenció d'urgències.

Motiu de consulta: home de 86 anys que és visitat perquè presenta sensació de mareig.

Història clínica: refereix episodis de mareig de tipus inestabilitat de 5 dies d'evolució, de 10-15 hores de durada, sense moviment rotatori d'objectes. Explica sensació d'embotament associada, no cefalea, que augmenta en aixecar-se ràpidament i amb els canvis posturals. Refereix incontinència urinària des de fa un mes. Nega una altra clínica intercurrent. En l'exploració física destaca una marxa inestable. Es fa electrocardiograma i analítica general que no mostren alteracions patològiques. Se sol·licita tomografia computada cranial que mostra una dilatació del sistema ventricular discretament desproporcionada a l'aprofundiment dels solcs cerebrals. S'orienta com a possible hidrocefàlia crònica de l'adult. És derivat al servei de neurocirurgia; s'explica la possibilitat d'un estudi mitjançant monitorització de la pressió intracranial i segons els resultats es decidirà si requereix derivació ventriculoperitoneal. El pacient decideix veure l'evolució clínica i no iniciar l'estudi.

Conclusions: la hidrocefàlia crònica de l'adult, una síndrome més coneguda com a hidrocefàlia normotensiva, es caracteritza per la coexistència d'alteracions de la marxa, incontinència d'esfínters i un deteriorament cognitiu progressiu. Davant la tríada descrita prèviament, s'hauria de fer un diagnòstic diferencial amb la malaltia d'Alzheimer, Parkinson, cossos de Lewy, demència frontotemporal, malaltia cerebrovascular, altres causes d'hidrocefàlia, Lyme, sífilis, VIH... El tractament normalment es realitza mitjançant la col·locació d'una derivació de líquid cefalorraquidi, que s'adapta a les indicacions quirúrgiques i la vàlvula a utilitzar.

MAR AQUILUÉ BERDÚN
LAURA DONAT BENEYTO
ALBA ARROYO SALINAS

Contacte:
maberdun.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7206

Percepción de la salud y género

Objetivo: describir las diferencias en la percepción de la salud según el género en personas mayores de 70 años en nuestro ámbito.

Pacientes y métodos: diseño descriptivo transversal, estudio realizado durante el mes de mayo de 2021, muestreo por conveniencia en el ámbito de la atención primaria. Criterios de inclusión: Edad igual o mayor a 70 años y Barthel mayor o igual a 90 puntos. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de demencia y/o enfermedades crónicas avanzadas y/o expectativa de vida menor a 12 meses y/o factores que supongan riesgo para la salud de los participantes o investigadores. Se administró una encuesta en la que se preguntó por la percepción de la salud, clasificándola en "muy mala", "mala", "regular", "buena" o "muy buena". Se analizaron las variables categóricas en porcentajes. Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol, con código 20/194-P.

Resultados: la muestra está compuesta por 38 personas, con rango de edad de 70 a 89 años, pertenecientes a 3 centros de atención primaria de nuestro ámbito, de las cuales 21 eran mujeres. Los resultados acerca de la percepción de la salud en los hombres y mujeres fueron, respectivamente: "mala" el 6% vs. 5%, "regular" 23% vs. 34%, "buena" 71% vs. 43% y "muy buena" solo para el 20% de las mujeres.

Conclusiones: en esta muestra, los hombres evalúan mejor su salud que las mujeres. Estos resultados concuerdan con los datos aportados por el INE y por la ESCA del año 2020, en la que se analizó la percepción de la salud en cuanto al género. El 83,6% de los hombres la evaluó positivamente, frente a un 77,2% de las mujeres. Sin embargo, hay más mujeres que hombres que perciben su salud como "muy buena".

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MAR AQUILUÉ BERDÚN
MARTA LLEDÓ MIÑANA
MARTA CANEDO GABÍN

Contacte:
maberdun.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7207

Educación para la salud e infecciones de transmisión sexual

Objetivo: describir la proporción de personas con estudios universitarios con un rango de edad de 20 a 29 años que ha recibido información acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el ámbito universitario y en el ámbito familiar, según el nivel de estudios de los progenitores.

Pacientes y métodos: diseño descriptivo transversal, estudio realizado durante el mes de diciembre y enero de 2021. Se difundió por redes sociales una cuestionario con las variables: edad, nivel de estudios, nivel de estudios de los progenitores, clasificándolos en primarios, secundarios, FP y universitarios, y haber recibido información acerca de ITS en la universidad y/o familia. Muestreo por conveniencia, siendo criterios de inclusión: edad entre 20 y 29 años, y estudios universitarios. Se analizaron las variables categóricas en porcentajes. Los participantes aceptaron responder al cuestionario voluntariamente sin remuneración económica.

Resultados: respondieron al cuestionario 189 personas; de las 189 personas con estudios universitarios, el 11,4% ha recibido información en el ámbito universitario acerca de las ITS; de las 41 personas que tienen los dos progenitores con estudios universitarios, el 34% ha recibido información en ámbito familiar; de las 60 personas que tienen al menos un progenitor con estudios universitarios, el 36,6% ha recibido información en ámbito familiar, y de las 88 personas que tienen ambos padres sin estudios universitarios, el 14% ha recibido información en ámbito familiar.

Conclusiones: en esta muestra, solo el 11,4% de las personas con estudios universitarios ha recibido educación sanitaria acerca de ITS en la universidad. Las personas con ambos padres con estudios universitarios reciben la misma educación acerca de ITS que las personas que únicamente tienen un progenitor con estudios universitarios. Sin embargo, no tener ningún progenitor con estudios universitarios influye negativamente en la educación acerca de las ITS en el ámbito familiar.

GREGORIO AZNAR GARCÍA
MARTA CRESPO BOIXASA
BRUNA ROMA VALLS
MARIONA TEIXIDOR CAMPS

Contacte:
gregorioaznar4@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7209

Rotación externa en Toulouse, Francia

Objetivo: la razón por la que he elegido mi rotación externa en Toulouse es porque he tenido ganas de adentrarme en un nuevo sistema sanitario y en un perfil poblacional más joven y con una cultura diferente, con mayor carga poblacional de origen africano. Además de conocer el sistema sanitario francés, quería compartir sus similitudes y sus diferencias.

Descripción: a mediados de noviembre de 2021 tuve la oportunidad de aventurarme en el centro médico Cabinet Rangueil en Toulouse. Todo ello, gracias a la ayuda del Dr. Calvo, médico de familia y comunitaria con la especialidad MIR en Salamanca, quién decidió aventurarse en Francia hace 15 años. Gracias a él pude compartir nuevas experiencias, nuevos puntos de vista, así como nuevos abordajes terapéuticos. Es increíble cómo, a 4 horas de Barcelona puede cambiar tanto la manera y las formas de ejercer la medicina de familia, aunque tienen algo en común: ayudar a los pacientes y conocer al paciente desde una perspectiva más familiar.

Conclusiones: mi experiencia personal en Francia ha sido compartir nuevos puntos de vista para ejercer la medicina y llevarme las cosas buenas que puedo abordar en mi vida diaria, entre ellas, mejorar la comunicación con el paciente, mirarle a la cara, conocer al paciente desde dentro y desde fuera de la consulta, evitar iatrogenia terapéutica gracias al tiempo que dedicaban para explicar la medicación y gran accesibilidad a las sesiones de fisioterapia.

Aplicabilidad: en Francia, los pacientes tienen muy establecido que el médico de familia tiene un papel importante en la prevención. La toma de la tensión arterial se ejercía de forma sistemática en todo paciente que entraba en la consulta.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA CRESPO BOIXASA
GREGORIO AZNAR GARCÍA
MARIONA TEIXIDOR CAMPS

Contacte:
martacrespo93@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7210

Icterícia indolora. Abordatge des d'una consulta d'atenció primària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: icterícia mucocutània.

Historia clínica:

Enfocament individual: antecedents: dona de 42 anys, intervinguda d'histerectomia total per carcinoma endomètric en estadi IA. Anamnesis: acudeix per icterícia de 5 dies d'evolució, sense dolor abdominal ni febre. Explica astènia i pèrdua de pes no quantificada. Exploració física: presència d'icterícia mucocutània. Exploració abdominal normal. Sense afectació neurològica. Proves complementàries: se sol·licita analítica sanguínia on destaca bilirubina 287; bilirubina conjugada 190; GOT/GPT 1.361/2.461; FA 157; GGT 417; INR 1,3. Ecografia abdominal amb signes d'hepatopatia, sense patologia de la via biliar.

Enfocament familiar: no antecedents d'hepatopaties hereditàries, ni malalties autoimmunes familiars. Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: diagnòstic diferencial: hepatitis viral, hepatitis tòxica per fàrmacs o alcohol, hepatitis autoimmune i malaltia de Wilson. Per completar l'estudi se sol·liciten serologies de virus de l'hepatitis, virus d'Epstein-Barr, citomegalovirus, sífilis, VIH amb resultat negatiu. Ceruloplasmina i alfa-1-antitripsina normal. ANA 1/160. Resta d'immunoglobulines normals. Ferritina: 3.400; saturació transferrina: 92%.

Tractament i pla d'actuació: es decideix derivació a digestiu.

Evolució: davant els resultats es realitza una biòpsia hepàtica que informa d'una hepatitis autoimmune. S'inicia prednisona i azatioprina amb millora de la clínica.

Conclusions: les causes d'una icterícia poden ser molt variades i és necessària una sistemàtica estandarditzada per arribar al diagnòstic etiològic. És important una bona anamnesi i la identificació de símptomes associats a la icterícia. Els diversos patrons bioquímics ens permeten realitzar un diagnòstic diferencial més dirigit. El tractament de la icterícia en moltes ocasions no es pot realitzar des d'atenció primària pel que s'ha de procedir a la derivació a nivell especialitzat. És important detectar aquells signes de gravetat que ens portarien a realitzar una derivació urgent, com l'encefalopatia i les alteracions en el temps de protrombina.

HELENA NAVARRO ARTACHO
BEGOÑA DE IRLA SAN JULIÁN
ANNA ESTAFANELL CELMA

Contacte:
helenca.navarro@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7212

Etiologia rara de dolor lumbar. Urinoma

Paciente de 51 años, fumadora, que inicia lumbociatalgia de forma progresiva, sin mal gesto previo. En la exploración física, la paciente presenta cojera sin apofisalgias, dolor glúteo y parestesias en los dedos 4.º y 5.º del pie derecho. Se orienta de lumbalgia aguda y se pauta analgesia, pero tras varias visitas resulta de difícil control. A las dos semanas acude a urgencias hospitalarias por dolor lumbar izquierdo intenso que se orienta como cólico nefrítico. Dada la escasa respuesta a analgesia se realiza tomografía computarizada (TAC) abdominal que orienta a urolitiasis de 6 mm en uréter distal y bandas adyacentes a la pelvis renal y retroperitoneales. A valorar la posibilidad de urinoma. Se deriva a urología para valoración.

Un urinoma es una colección de orina que se extravasa de la vía urinaria y se localiza en el retroperitoneo. Su etiología es variada, principalmente debido a litiasis, fibrosis o malignidad retroperitoneal, obstrucción, traumatismo abdominal cerrado, intervenciones quirúrgicas recientes o neoplasias malignas pélvicas. Se puede presentar de forma asintomática, con aparición de un bultoma lumbar o con dolor y fiebre que sugieren infección de la orina extravasada o compresión de las estructuras adyacentes por el urinoma en expansión. Se diagnostica por ecografía o TAC abdominal pero el diagnóstico definitivo es con urografía intravenosa. El tratamiento en caso asintomático es observación y en caso de dolor o fiebre, tratamiento antibiótico y drenaje o nefrectomía. Las principales complicaciones son el absceso perirrenal, peritonitis, sepsis, estenosis urinaria o nefropatía obstructiva e hipertensión secundaria por compresión del tracto urinario superior.

La importancia del médico de familia radica en el seguimiento del paciente y en la búsqueda de la causa del problema. Cuando un paciente no responde bien, debe ser reevaluado y deben tomarse decisiones.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LUIS MANUEL SÁNCHEZ VALDEZ
MONTSERRAT PLANELLAS BOIX

Contacte:
dr_lsanchez@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7214

Mi hija se está poniendo amarilla

Àmbit: urgències.

Motivo de consulta: dolor abdominal, febre e icterícia.

Enfoque individual: antecedente personal de asma en tratamiento a demanda.

Anamnesis: adolescente de 17 años atendida junto a su madre en consultas de urgencias por dolor abdominal de 4 días y, en el último día, fiebre, ictericia, algunos vómitos y diarrea.

Exploración: febrícula, ictericia cutáneo-mucosa y dolor en hipocondrio derecho.

Pruebas: analítica con linfocitosis (54,7), hiperbilirrubinemia (5,36) a expensas de bilirrubina directa, elevación de transaminasas (GOT 497, GPT 434), anticuerpos heterófilos positivos y serología de inmunoglobulinas M y G positivas para citomegalovirus. Esplenomegalia y vesícula biliar engrosada en ecografía abdominal.

Juicio clínico: hepatitis aguda por citomegalovirus.

Diagnóstico diferencial: hepatitis secundarias a virus hepatótrofos, mononucleosis por virus de Epstein-Barr, hepatitis autoinmune.

Plan de acción y evolución: se deja en observación con dieta hídrica y analgesia. Presenta mejoría clínica con buena tolerancia oral y dada su estabilidad y evolución favorable se decide el alta a domicilio con seguimiento posterior. Una semana después se mantenía con buen estado general, con buena tolerancia oral, presentaba algo de astenia y febrícula vespertina. Las transaminasas habían descendido (GOT 146, GPT 248), con leve aumento de la linfocitosis al 72%. Tres semanas después se encontraba asintomática, los linfocitos habían descendido al 53% y las transaminasas eran normales.

Conclusiones: la infección por citomegalovirus produce alrededor de un tercio de los casos de mononucleosis infecciosa y es contagiosa. Suele ser subclínica. En adolescentes y jóvenes, como este caso, puede producir hepatitis con fiebre prolongada y linfocitosis viral atípica. La evolución global es buena, sobre todo en inmunocompetentes, por lo que no requieren una terapia antiviral específica. El papel del médico de familia es importante en su seguimiento estrecho para valorar su recuperación clínica y en caso de ser necesario derivar a urgencias o digestivo.

MARTA SERRANO GIMÉNEZ
YOLANDA ORTEGA VILA
ANDREA ALAJARÍN FERRERO

Contacte:
marsegl.msg@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7216

Doctora, el meu fill no pot caminar

Àmbit: urgències d'atenció primària.

Motiu consulta: nen de 14 que consulta per coixesa.

Antecedents: obesitat.

Anamnesi: reconsulta a urgències per dolor intens al maluc i cama esquerres amb coixesa des de feia 2 dies, sense traumatisme ni mal gest previs, acompanyat de febre màxim 38,4 °C i vòmits alimentaris. Barrera idiomàtica que dificulta l'interrogatori.

Exploració: triangle d'avaluació pediàtrica estable. Febril: 37,7 °C. Exploració maluc: dolor a rotació externa i palpació del trocànter major i de la cara posterior de la cuixa esquerra. Balanç articular limitat per dolor, deambulació impossible.

Proves complementàries: test ràpid d'antígens COVID-19: negatiu. Radiografia pelvis i lumbar: no lesions agudes òssies. Analítica urgència: PCR 6,7, neutrofilia sense leucocitosi. Gammagrafia: captació asimètrica del trocànter esquerre, no concloent. Hemocultius: negatius. Ressonància magnètica (RM) de la columna dorsolumbar i maluc: líquid laminar a la pelvis, al múscul piriforme i al gluti major esquerre, sense col·leccions. RM de la pelvis: sacroiliïtis aguda esquerra amb disminució del líquid articular, sense col·leccions. Anàlitiqes control: disminució dels reactants fase aguda.

Judici clínic: coxàlgia de probable etiologia infecciosa.

Diagnòstic diferencial: artritis sèptica, osteomielitis, espondilodiscitis, sacroiliïtis. Sinovitis transitòria de maluc. Epifisiòlisi del cap del fèmur. Malaltia de Perthes. Fractura, esquinç, fractura d'estrès. Osteosarcoma, sarcoma d'Ewing.

Plans d'actuació/evolució: es deriva urgent a traumatologia de l'hospital referent. Es realitzen proves complementàries i s'ingressa per a estudi. S'inicia tractament antibiòtic empíric amb cefazolina, posteriorment es desescala a cefuroxima endovenosa (2 setmanes). S'orienta com sacroiliïtis aguda esquerra. El dinovè dia d'ingrés és donat d'alta per correcta evolució, i completa el mateix tractament antibiòtic oral (5 setmanes). Segueix controls en consultes de traumatologia i infeccioses. Deambula amb crossa, bona evolució.

Conclusió: davant una coxàlgia amb anamnesi dificultada per una barrera idiomàtica, els signes físics en l'exploració són clau per orientar el cas, establir la urgència des d'atenció primària i derivar per al tractament a l'hospital. El tutor legal del pacient autoritza verbalment l'ús de les seves dades.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA SERRANO GIMÉNEZ
IRIA MUIÑO BOVE
ÁLVARO ARAUJO BERNARDO

Contacte:
marsegl.msg@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7217

De l'ecògraf al quiròfan: 20 dies

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària.

Motiu consulta: dona de 36 anys que consulta per distensió abdominal.

Antecedents personals: fumadora 11 paquets/any, consum cànnabis, malaltia de Graves-Basedow. TPAL 0020 (2 IVE).

Anamnesi: reconsulta a urgències per l'augment progressiu del perímetre abdominal d'un mes d'evolució, sense dolor ni canvis del ritme deposicional. Pèrdues d'orina ocasionals. DUR onze dies abans, més abundant que l'habitual, nega embaràs. No síndrome tòxic ni febre. Els dies previs havia estat visitada i s'orientà el quadre com a meteorisme.

Exploració: normoconstant, bon estat general, normoacolorit i normohidratació. Abdomen: massa dura palpable des de supraumbilical fins al pubis, poc mòbil, "matidesa" a la palpació, no dolor. Peristaltisme present, no peritonisme.

Proves complementàries: ecografia abdominal: imatge hipoecogènica tabicada de grans dimensions sense poder distingir origen. No líquid lliure a Douglas. Dilatació de la pelvis renal dreta sense altres alteracions. Anàlítica de sang (urgent): marcadors tumorals (CA 15.3, 125, 19.9) negatius. Bioquímica/hemograma: normals.

Judici clínic: massa abdominal a estudi (probable origen ginecològic).

Diagnòstic diferencial: gestació. Ovari: cistoadenoma mucinos, teratoma quístic, quist simple/fol·licular. Trompa de Fal·lopi: abscess tubovàric, hidrosàlpinx, quist paraovàric. Úter: miomes, endometriosis vs. adenocarcinoma, sarcoma. Ascites, diverticulitis/ileïtis/apendicitis, neoplàsia de còlon. Retenció urinària, ronyó pelvià/hidronefrosi, neoplàsia renal, urinoma. Hematoma/abscess a la paret abdominal.

Tractament, pla d'actuació i evolució: es deriva urgentment a ginecologia d'atenció primària. Es recomana repòs absolut i reconsultar amb signes d'alarma. Cinc dies després, es realitza ecografia transvaginal: imatge anecoica de 18 cm x 13 cm, contorn ben delimitat, zona heterogènia amb papil·les. No líquid lliure, úter i l'altre ovari no visibles. Es deriva a urgències hospitalàries de ginecologia per risc de trencament, on repeteixen l'ecografia i orienten com quist ovàric i donen alta amb primera visita a consultes. S'intervé d'una ooforectomia dreta el 22 de febrer de 2022, pendent d'anatomia patològica.

Conclusions: la importància i la utilitat de l'ecografia abdominal a urgències d'atenció primària és clara. En aquest cas agilità l'orientació clínic per fer diagnòstic diferencial davant d'una massa abdominal.

ROGER FITÓ TARRAGÓ
M. ÀNGELS PELLICER JACOMET
ANTONIO J. GUERRERO GUERRERO
MARIA NADAL LLOVER
MARTA RIQUÉ CAZAUX
ELISABET BALLÓ PEÑA

Contacte:
rfito.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7218

La pandèmia de la vitamina D

Objectiu: avaluar la situació i l'evolució de les determinacions i la suplementació amb vitamina D en una direcció d'atenció primària (DAP).

Material i mètodes: en una DAP que dona cobertura a 577.141 persones (104.444 majors de 65 anys) s'han revisat:

1. Les dades disponibles a Khalix d'evolució de la determinació de vitamina D.
2. El percentatge d'inadequació de les determinacions de vitamina D (pacients majors de 18 anys sense factors d'alt risc per déficit de vitamina D a qui se'ls ha sol·licitat una determinació).
3. L'evolució de prescripcions actives de suplementes amb vitamina D i amb vitamina D + calci.
4. L'evolució de la despesa en farmàcia dels suplementes de vitamina D (sola i associada a calci).

S'han comparat aquestes dades amb les recomanacions actuals.

Resultats: des del gener del 2019 fins al setembre del 2021 les determinacions de la vitamina D han augmentat un 39% (passant de 26.176 a 36.375 determinacions). Alhora augmenta el percentatge d'inadequació de les determinacions de vitamina D. El setembre de 2021 s'observa que 2 de cada 3 determinacions analítiques de vitamina D són inadequades. Paral·lelament, durant els darrers 8 anys ha augmentat un 57,1% el nombre de persones amb prescripció de vitamina D; de 6.257 persones (desembre 2013) fins a 9.828 (desembre 2021). La despesa ha passat de 518.016 € d'import líquid (la part que paga CatSalut) el 2013 a 833.789 € el 2021 (un increment de 315.773 €).

Conclusions: hi ha un gruix important de població amb risc d'ésser sobremedicalitzada amb vitamina D sense obtenir-ne a canvi cap benefici real demostrable i exposant-se a potencials riscos associats. S'està generant un impacte important sobre els recursos del sistema sanitari català que es podrien destinar a pràctiques de més valor.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARINA TANTINYÀ DAURA
IMMA LLENSA CUBARSÍ
EDUARD POCH FERRET

Contacte:
marinatantinya@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7219

La COVID-19 no ho explica tot

Motiu de consulta: dolor costal dret de setmanes d'evolució.

Història clínica: enfocament individual: Antecedents personals: home de 46 anys, sense al·lèrgies medicamentoses, exfumador, sense antecedents d'interès.

Anamnesi: consulta per dolor costal dret, mecànic, de 3 setmanes d'evolució després d'infecció per la COVID-19 amb malestar general, miàlgies, febre i tos seca. Refereix resolució de tota simptomatologia, però restà tos seca i dispnea a moderats esforços.

Exploració: auscultació cardiorespiratòria anodina i resta sense troballes.

Proves complementàries: no es duen a terme inicialment.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: s'orienta com a esquinç costal d'origen mecànic en relació amb tos persistent sense efectuar-se un correcte diagnòstic diferencial.

Tractament i plans d'actuació: analgesia i calor local.

Evolució: reconsulta per empitjorament del dolor en punta de dit a l'hemitòrax dret, calfreds francs i dispnea progressiva. En l'exploració: taquicàrdic, saturació del 92% i hipofonesi basal dreta amb buf tubari. És derivat a urgències hospitalàries on s'evidencia a la radiografia de tòrax un embassament pleural dret. Es realitza toracocentesi diagnòstica amb sortida de líquid serohemàtic que compleix criteris de Light d'exsudat. S'orienta com a embassament pleural dret parapneumònic complicat. S'inicia antibioticoteràpia i es col·loca drenatge pleural. Presenta millora progressiva.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la dispnea, el dolor toràcic i la tos són els símptomes cardinals de l'embassament pleural. La radiografia de tòrax, l'ecografia i la tomografia computada són les proves més utilitzades per al diagnòstic. L'estudi amb toracocentesi s'ha de realitzar, excepte en casos de sospita d'embassament secundari a determinats processos subjacents, com la insuficiència cardíaca. La diferenciació entre transsudat o exsudat és el pas inicial per al diagnòstic etiològic.

En conclusió, un cop més s'evidencia la importància d'integrar correctament variables clíniques, antecedents, exploració física, proves analítiques i d'imatge per assolir un adequat diagnòstic final.

SARA LÓPEZ GARCÍA
PILAR BABI ROURERA
MIREIA LECINA NICOLÁS

Contacte:
saralopezgarcia2@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7221

Propuesta para integrar la salud planetaria en proyectos de salud comunitaria

Objetivos: añadir el enfoque medioambiental a un mapeo de activos de salud comunitaria preexistente en el barrio de La Pau.

Integrar por primera vez en La Pau la salud planetaria en los proyectos de salud comunitaria.

Generar agencia social en salud y medioambiente, haciendo énfasis en la ecodpendencia como núcleo de la salutogénesis.

Descripción: tras el parón pandémico, se ha reactivado el proyecto comunitario EnREDando, que consistió en un mapeo de activos de salud en el barrio de La Pau. EnREDando fue liderado y desarrollado fundamentalmente por vecinas y vecinos del barrio, en colaboración con entidades del barrio y el CAP La Pau. Como novedad, se ha añadido al proyecto la lente de la salud planetaria, ampliando la búsqueda a activos medioambientales de salud. En primer lugar se definió de forma conjunta *activos de salud medioambiental* para poder desarrollar posteriormente un mapeo comunitario. Para el mapeo se utilizaron herramientas como los grupos focales, *mapping parties* o los paseos comunitarios. Los resultados del mapeo se verterán en las plataformas existentes de activos de salud de la ciudad de Barcelona: "Aquí sí: Activos y Salud".

Conclusiones: integrar en los proyectos de salud comunitaria urbana la perspectiva medioambiental promueve la agencia en salud y la comprensión holística de la salutogénesis. En particular, el mapeo comunitario de activos urbanos medioambientales de salud reivindica la ecodpendencia como pieza central en la visión de salud en las ciudades, sus barrios y las personas que las integran.

Aplicabilidad: este proyecto demuestra que, siendo el medioambiente el determinante primigenio de la salud, la integración de la perspectiva medioambiental en otros proyectos de salud comunitaria, especialmente en núcleos urbanos, no solo es posible, sino profundamente necesaria.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMMA RUIZ SABATE
JORGE MARIO ALVARADO CASTRO
BELEN PÉREZ RODRÍGUEZ

Contacte:
gemmaruizsabate@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7222

Atenció primària, la visió integral del pacient

Home de 73 anys que acut a la consulta de primària per taques a l'abdomen de temps d'evolució.

Antecedents personals: hipertensió arterial (enalapril 5 mg/24 h), diabetis *mellitus* insulínodendent, dislipèmia, insuficiència renal crònica (últim FG: 35 ml/min/1,73 m²), transplantament de ronyó el 2012, alteració d'enzims hepàtics no estudiada, hiperuricèmia, episodi recent d'insuficiència cardíaca detectat al servei d'urgències.

Exploració: lesions sobrelevades, marronoses i descamatives compatibles amb queratosi seborreica.

Proves: es fa control de pressió arterial que mostra xifres de 125/97 mmHg i FC de 160 bpm. Ens crida l'atenció la freqüència cardíaca: sol·licitem un electrocardiograma (ECG) que mostra arrítmia cardíaca. Reinterrogant al pacient no refereix cap tipus de simptomatologia.

ECG: ritme no sinusal a 135 bpm, arrítmic, QRS estret, QTc 465 ms, T negatives en AVR i AVL, no alteracions agudes de la repolarització.

Diagnòstic diferencial: fibril·lació auricular *versus* flutter auricular.

Tractament i plans d'actuació: bisoprolol 2,5 mg/24 h, apixaban 5 mg/12 h, ecocardiografia transtoràcica programada i visita a consultes externes de cardiologia.

Evolució: Al cap d'una setmana, el pacient presenta dispnea per bisoprolol pel que es canvia a carvedilol. Visita amb el cardiòleg al cap d'un mes on observen l'ECG amb ritme sinusal.

Conclusions: a l'atenció primària hi ha pacients que venen per un motiu, però que, durant la visita, es palesen problemes de salut diferents a l'inicial i de vegades més importants. Això és gràcies al nostre coneixement del pacient i a l'atenció integral que la primària pot oferir.

Firma consentiment informat.

JORGE MARIO ALVARADO CASTRO
GEMMA RUIZ SABATE
GEMMA COLOMER ANDRES

Contacte:
jmalvaradocastro@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7223

Paciente crónico. Importancia de la revisión de los tratamientos

Mujer de 78 años que acude a la consulta de atención primaria por dolor lumbar derecho con síndrome miccional asociado a prurito vaginal.

Antecedentes patológicos: diabetes *mellitus* de tipo 2, fibrilación auricular, hipertensión arterial, dislipemia y síndrome depresivo.

Tratamiento: apixaban 5 mg/día, enalapril 10 mg/día, diltiazem retard 180 mg/día, simvastatina 20 mg/día, empagliflozina/metformina 12,5 mg/1000 mg/12 h.

Exploración física: dolor a la palpación en región muscular lumbar derecha. Puñopercusión lumbar derecha positiva. Región genital con lesiones satélite y eritematosas de tipo candidiasis.

Pruebas: se recoge cultivo vaginal positivo para *Candida albicans* y cultivo de orina con glucosuria.

Tratamiento y actuación: se pauta clotrimazol en crema y óvulos, y fluconazol por vía oral, dosis única.

Evolución: la paciente acude a control con mejora parcial de la clínica. Se revisa la historia clínica y se objetivan diferentes episodios anteriores de vulvovaginitis. Repasamos tratamiento y suspendemos empagliflozina y se cambia por sitagliptina. A las semanas, la paciente refiere mejoría de la clínica sin nuevos episodios de vulvovaginitis y además continua con buen control metabólico.

Conclusión: la revisión del tratamiento en pacientes crónicos es importante en atención primaria ya que producen diversos efectos secundarios. En el caso de nuestra paciente, múltiples episodios de vulvovaginitis, posiblemente secundaria a la glucosuria causada por los iSGLT2. Dichos fármacos pueden facilitar la aparición de infecciones del tracto genital y urinario. Al retirarlos, la paciente mejoró significativamente.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ORIOL ANDREU BARBERÀ
IRENE CAIRO BLANCO
NURIA BLASCO AHICART

Contacte:
oriol1493@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7224

Doctor/a, vaig passar la COVID-19 i encara tinc tos, és normal?

Àmbit: atenció primària coordinada amb atenció hospitalària.

Motius: tos residual post-COVID-19

Història clínica: dona de 50 anys, sense hàbits tòxics, amb al·lèrgia a corticoides i possible a contrast iodat i antiinflamatoris, sense antecedents patològics d'interès, que consulta per tos residual amb expectoració mucosa i molèstia retroesternal post-COVID-19. L'exploració física cardiopulmonar és normal. Es realitza una radiografia de tòrax urgent que mostra una ocupació o massa en lòbul superior dret amb pèrdua de volum a l'hemitòrax dret.

Judici: ocupació en lòbul superior dret amb afectació pleural i efecte massa sospitós de neoplàsia a estudi.

Tractament: es deriva la pacient al circuit de diagnòstic ràpid de càncer de pulmó.

Evolució: al CDR de càncer de pulmó es realitza tomografia per emissió de positrons-tomografia computada i s'objectiva una massa intratoràcica extrapulmonar de 130 mm de diàmetre màxim de probable origen pleural amb marges ben definits i col·lapse pulmonar de zones adjacents. Anàlítica de sang sense alteracions amb marcadors tumorals negatius, proves funcionals respiratòries i gasometria arterial normals. Es conclou que és un tumor fibrós pleural pel qual s'intervé la pacient amb bona evolució clínica posterior.

Conclusions: l'actual pandèmia per SARS-CoV-2 ha afectat la capacitat de prevenció, diagnòstic precoç i tractament del càncer. Tot i la dificultat de l'atenció primària per mantenir la presencialitat durant la pandèmia, s'ha apostat per mantenir-la, realitzant una anamnesi i exploració física acurada per tal de valorar signes i símptomes suggestius de procés neoproliferatiu.

En el nostre cas, l'antecedent d'infecció per COVID-19, va precipitar la petició de la radiografia de tòrax per tal de descartar complicacions o seqüeles de la pròpia infecció, i la tumoració pulmonar va ser una troballa incidental. És important tenir present la patologia neoplàsica en la nostra pràctica clínica, ja que els propers mesos s'espera un increment de casos arran del retard en el diagnòstic per les limitacions de la pandèmia.

MERITXELL GABARRÓ BUSQUETS
ESTER CANO COSTA
CRISTINA DOMÈNECH TURÀ

Contacte:
merigb4@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7225

Lumbalgia mecànica

Paciente de 19 años, SAMC. Natural de la India (en España desde el 2020). ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Ingresado en UMI (junio de 21) por enterocolitis por *Salmonella enterica*.

Múltiples consultas en ambulatorio por dolor lumbar.

Visito al paciente en Urgencias del centro de atención primaria. En mi visita explica dolor lumbar bajo y glúteo bilateral de inicio en marzo de 2021, de características claramente inflamatorias. Explica rigidez matutina de unos 10 minutos. En agosto de 2021 inició dolor aquileo y plantar bilateral con tumefacción. No refiere tumefacción de ninguna otra articulación. Nunca uveítis. Niega antecedentes familiares de psoriasis, no enfermedad inflamatoria intestinal ni otra etiología reumatológica. Ha tomado antiinflamatorios no esteroideos sin mejoría. No síndrome constitucional ni fiebre.

En la exploración física presentaba: 0 articulaciones dolorosas, 0 articulaciones tumefactas. Fabere bilateral ++, fascitis plantar bilateral, dolor aquileo bilateral con engrosamiento aquileo izquierdo.

Se orientó como espondiloartritis a estudio y se solicitó radiografía de pelvis que evidenció sacroileítis de grados 3-4 derecha y 2-3 izquierda. Se solicitaron para completar estudio: radiografía de mano, rodillas y pies que resultaron normales.

Se cursó analítica de estudio de artritis. Hemograma normal, VSG elevada de 22, TP 56%, filtrado glomerular normal, PCR elevada de 40. IGRA negativos. Serologías negativas. ANA 1/320 CF, HLAB27 +.

OD/espondilitis anquilosante HLAB27 positiva.

Se derivó a reumatología para valoración. Visitado recientemente, refería además diarreas con productos patológicos acompañantes. Por probable enterocolitis inflamatoria acompañante, se ha derivado a digestivo. Por parte de RMT es paciente candidato a inicio de terapia biológica de manera prioritaria (anti-TNF).

Conclusión: la espondilitis anquilosante es una enfermedad frecuente (incidencia 7/100.000 hab/año) entre hombres de 20-30 años. Es importante ante hombres jóvenes que consultan de forma reiterada por lumbalgias tener este diagnóstico en mente para diagnosticar la entidad lo más precozmente posible para iniciar el tratamiento y así evitar la progresión de la anquilosis.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FRANCESCA ANDREA SALIDO CABISTANY
MARTA SERRA LAGUARTA
CECILIA LUCIA MANTELLINI

Contacte:
francesca.salido@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7226

Mira! S'adorm...

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient citat per a seguiment de quadre de gastroenteritis. A la consulta s'adorm.

Història clínica: enfocament individual: home de 79 anys, amb antecedents d'obesitat, lumbàlgia crònica secundària a artròdesi lumbar en tractament amb oxicodona 90 mg al dia i morfina en solució a demanda. Probable síndrome d'apnea del son pendent de polisomnografia. Diabetis *mellitus* de tipus 2 en tractament amb insulina glargina, 22 unitats, i última hemoglobina glicada del 8,3%.

Sis dies abans de la consulta presenta quadre de diarrees sense productes patològics ni febre, amb test ràpid d'antígens negatiu. Se cita a control, el pacient es mostra somnolent amb correcta resposta a estímul verbal.

Judici clínic: es descarten febre, sudoració, tremolor, hipotensió, hipòxia, abús de mòrfics, insomni. La glucèmia capil·lar és de 53 mg/dl.

Es tracta d'una neuroglucopènia. El pacient mostra les autoanàlisis prèvies amb múltiples hipoglucèmies.

Enfocament familiar: és necessari revisar el maneig de la hipoglucèmia i la malaltia intercurrent. Importància de la participació de la família en el control de glucèmies.

Tractament: s'administra hidrat de carboni ràpid per via oral i posteriorment d'absorció lenta, i es resol el quadre.

Evolució: es redueixen les dosis d'insulina i s'incideix en la resolució d'hipoglucèmies i l'ajust de la pauta segons els autocontrols.

Conclusió: les hipoglucèmies repetides alteren la resposta contrareguladora amb pèrdua dels símptomes autonòmics d'alarma. La neuroglucopènia es pot manifestar amb debilitat, letargia, confusió, incoordinació, visió borrosa, cefalea...

Malgrat la implicació del pacient en l'autocura, no hem d'oblidar la revisió del maneig de les hipoglucèmies, la malaltia intercurrent, el significat dels autocontrols i l'educació diabetològica en general. És fonamental implicar la família en el control per detectar i evitar situacions de risc, especialment en el pacient crònic complex o fràgil.

LAURA CALL QUER
FRANCESCA ANDREA SALIDO CABISTANY
MARTA SERRA LAGUARTA

Contacte:
lauracallquer@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7228

Si m'hagués fet l'analítica...

Àmbit: atenció primària i urgències hospitalàries.

Motiu de consulta: parèsia d'extremitats inferiors subaguda.

Història clínica: enfocament individual: home de 37 anys d'origen xinès amb important barrera idiomàtica, amb antecedent d'obesitat, que consulta per pèrdua de pes i palpitations de dues setmanes d'evolució. A l'exploració destaca la palpació de goll i un electrocardiograma sense alteracions. Donada la sospita d'alteració tiroïdal sol·licitem una anàlisi, que el pacient no s'arriba a realitzar.

Dos mesos després, el pacient és derivat a urgències per debilitat a les extremitats inferiors, amb força 2/5 i arreflexia, i un episodi d'incontinència urinària.

Judici clínic: es realitza ressonància magnètica urgent que descarta mielopatia i punció lumbar amb líquid cefalorraquídi normal. L'electrocardiograma mostra taquicàrdia sinusal i l'anàlisi hipopotassèmia de 2,8 mEq/l. Es descarta botulisme per absència de clínica ascendent i síndrome de Guillain-Barré per baixa sospita clínica.

S'amplia l'estudi analític amb funció tiroïdal que mostra hipertiroidisme, anticossos anti-receptor de l'hormona estimuladora de la tiroide positius i gammagrafia tiroïdal amb captació global.

Finalment, es diagnostica paràlisi periòdica tirotoxic secundària a malaltia de Graves.

Tractament: es tracta amb reposició de potassi i tiamazol i s'aconsegueix la remissió clínica.

Es descarten fàrmacs desencadenants i es retira la sal iodada.

Evolució: després de la recuperació de la força de les extremitats inferiors de forma progressiva, vuit mesos després es retira el tiamazol i el pacient roman eutiroidal a llarg termini.

Conclusions: la paràlisi periòdica tirotoxic és una complicació de l'hipertiroidisme. La malaltia de Graves-Basedow n'és la causa més freqüent. És un patologia comuna en poblacions asiàtiques, però excepcional en la població hispana. La gravetat de les manifestacions clíniques és proporcional al grau i velocitat d'instauració de la hipopotassèmia.

La barrera idiomàtica és un problema freqüent a les nostres consultes que pot comportar dificultats en la pràctica clínica. Hem d'assegurar-nos de la correcta comprensió de l'entrevista i del pla terapèutic.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANNA MARTÍNEZ SÁNCHEZ
JAUME ESCODA MINGOT
MARINA TANTINYÀ DAURA

Contacte:
dra.amartinezsanchez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7229

Lesions cutànies postvirosi. Diagnòstic clínic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lesions cutànies.

Història clínica: noi de 18 anys sense al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics. No antecedents medicoquirúrgics. Acut per aparició de lesions cutànies generalitzades, eritematoses i pruriginoses de 2 setmanes d'evolució. Explica quadre previ d'infecció de les vies respiratòries altes. Refereix dos episodis similars durant la infància, coincidint amb virosis, que es van tractar amb corticoides tòpics; fet pel qual, en aquesta ocasió, s'ha tornat a aplicar corticoides per decisió pròpia, amb resolució d'algunes lesions amb hipopigmentació residual. A l'exploració física destaquen màcules eritematodescamatives de <0,5 cm a les extremitats superiors i inferiors amb afectació de zones extensores, tronc, esquena i cuir cabellut; així com lesions hipopigmentades a l'esquena. S'orienta com a psoriasi *guttata* i es tracta amb corticoides tòpics durant 2 setmanes més.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: la psoriasi *guttata* és un tipus de psoriasi que afecta a nens i gent jove. Produeix petites plaques eritematodescamatives al tronc i les extremitats, després d'haver patit una amigdalitis estreptocòccica o virosi. Quan desapareixen aquestes lesions, pot aparèixer hipopigmentació puntejada de distribució concordant amb les lesions. El diagnòstic és clínic i engloba un diagnòstic diferencial amb la pitiriasi rosada, líquen pla i sífilis secundària, així com vitiligen, nevus de Sutton i esclerosi tuberosa quan hi ha hipomelanosi. La seva duració és limitada, aproximadament 3-4 mesos, tot i que alguns casos poden desenvolupar psoriasi vulgar. El tractament consisteix en corticoides tòpics, fototeràpia o tractament sistèmic.

En un pacient que acut per lesions cutànies és important realitzar una correcta anamnesi i exploració física, ja que generalment es tracta d'un diagnòstic clínic que des de la consulta d'atenció primària podem realitzar sense necessitat d'exploracions complementàries. A més a més, hem de fer un diagnòstic diferencial per evitar tractaments innecessaris i els seus possibles efectes adversos.

JOSEP ANTONI VERGARA RIUS
GLORIA NARCISA LUCERO BONILLA

Contacte:
josepantoni.rius@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7231

El poder de les analítiques de control

Àmbit d'actuació: atenció primària.

Motiu de consulta: analítica anual de control en pacient hipertens.

Història clínica:

Antecedents: pacient de 63 anys, exfumador, no enolisme. No al·lèrgies medicamentoses. Hipertensió arterial diagnosticada als 50 anys, en tractament amb enalapril 5 mg + amlodipina 2,5 mg. AMPA: 120/75 mmHg. Dislipèmia en tractament amb simvastatina 20 mg. No diabetis *mellitus*. Hipertròfia benigna de pròstata en tractament amb tamsulosina 4 mg. IQ: hèrnia inguinal als 60 anys.

Proves complementàries: analítica: hemograma normal, sediment negatiu. Perfil hepàtic i funció renal sense alteracions. Única anomalia: hipopotassèmia de 3,20 mmol/l.

Judici clínic: revisant analítiques i cursos previs, tendència a hipocalèmia lleu des de l'inici dels registres analítics el 2012. En ocasions empitjora associada a quadres gastrointestinals i necessita suplementació via oral. Es tracta, doncs, d'un pacient amb hipopotassèmia que no s'havia estudiat amb anterioritat.

Diagnòstic diferencial: les causes de la hipocalèmia són bàsicament: falta d'aportació. Pèrdues digestives. Pèrdues renals. Redistribució cap a espai intracel·lular. Interrogant el pacient: dieta equilibrada, no quadre gastrointestinal recent i no fàrmacs inductors d'hipopotassèmia. *A priori* quadre compatible amb hiperaldosteronisme (hipertensió arterial + hipopotassèmia).

Evolució: es va completar estudi amb nova AS amb Mg + equilibri venós + bioquímica d'orina i nivells d'aldosterona i activitat renina-angiotensina. Es diagnosticà el pacient d'hiperaldosteronisme. Es va remetre el pacient a nefrologia per completar estudi i es modificà el tractament farmacològic

Conclusions: en el dia a dia del metge de primària passen per les nostres mans molts estudis rutinaris de control, val la pena parar una estona i fer una bona valoració dels resultats. L'hiperaldosteronisme és una patologia que es caracteritza per hipertensió i pèrdues renals de potassi.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ELENA FUENTES CASAÑAS
LETICIA TROYANO MORENO

Contacte:
efuentes.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7235

El dia del resident: com garantir la formació en temps de pandèmia

Objectius de l'experiència: durant la pandèmia de COVID-19, els residents han estat a primera línia, els seus programes docents s'han vist alterats i els R4 han actuat com a especialistes.

L'objectiu de la nostra experiència va ser mantenir la formació dels residents malgrat la situació pandèmica.

Descripció de l'experiència: vam acordar fixar un dia de la setmana dedicat a la docència dels nostres residents per a realitzar 4 tipus diferents d'activitats:

Journal club: activitat en la qual el grup de residents i tutors es reuneixen per avaluar críticament articles científics.

Sessió clínica: enfocades a proporcionar coneixements, compartir experiències en el plantejament i maneig de casos, discutir protocols i familiaritzar-se amb la recerca bibliogràfica.

Cas clínic: basat en la descripció dels símptomes i evolució d'un cas real. Discussió de procediments diagnòstics, raonament clínic, conclusió diagnòstica i tractament.

Sessió lúdica: sessions no docents orientades a proporcionar un espai de cohesió i coneixement entre els membres de l'equip. Fem teatre, jocs, sessions de viatges...

Totes les sessions són organitzades pels propis residents i es fan de forma híbrida (presencial-en línia). El resident que presenta s'encarrega d'enviar un resum a tot l'equip. Els residents troben aquestes sessions molt importants per a complementar la seva formació.

Conclusions: la formació sanitària dels residents de Medicina Familiar i Comunitària ha patit un important impacte durant la pandèmia de COVID-19. Per mantenir la qualitat de la formació cal afavorir el compliment dels programes formatius i establir mesures per garantir l'adquisició de les competències. Al nostre centre, el fet de programar "El Dia del Resident" ha ajudat a enfortir aquesta formació.

Aplicabilitat: aquesta experiència docent pot ser aplicada a altres àrees bàsiques del territori.

YOLANDA ORTEGA VILA
IRENE PASCUAL PALACIOS
JOSUA SUÁREZ PASTOR
EDUARD CAMBRA GARCÍA

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7237

L'ecògraf a la capçalera dels pacients, una eina de transformació

La pandèmia de SARS-CoV-2 ha generalitzat l'ús de l'ecografia pulmonar (EP). Els dispositius portàtils han aproximat la tecnologia al llit dels pacients de manera segura i permeten repetir l'examen durant el seguiment, una alternativa a la radiologia en pacients positius al seu domicili.

Els pacients fràgils necessiten mantenir estable el seu entorn i els seus cuidadors, cal reduir trasllats, la propagació de la infecció i el seu confort.

La COVID-19 va envair la residència del centre afectant el 97% dels residents. Es dissenyà un procediment d'atenció per convertir la residència en un hospital de campanya, utilitzant EP per classificar els pacients i estandarditzar tractaments.

Es dissenyà un índex de valoració EP (directrius del grup Eco-AP de la CAMFiC), s'hi afegiren dades clíniques del pacient per prendre decisions terapèutiques o la possibilitat de trasllat hospitalari.

Estratificació A-D segons troballes: A: condensació, hepatització, cisallament, consolidacions subpleurals, línies B = tres àrees afectades. B: engruiximent, irregularitat línia pleural, disminució lliscament, línies B = dues àrees afectades bilaterals. C: engruiximent línia pleural, línies B <2 àrees afectades o 2 unilaterals. D: sense troballes o línies B focals (<3).

N=143 EP: 44 A, 16 B, 15 C i 9 D.

EP i quadre clínic van permetre classificar i derivar a l'hospital els pacients crítics. Amb els greus i molt greus s'inicià terapèutica agressiva (antibioticoteràpia, suport endovenós o suport ventilatori, anticoagulació, corticoteràpia) a la residència 24 h/7 dies. Es treballaren aspectes nutricionals i hidratació, fonamental per a la seva correcta evolució. En els casos mal controlats esrepeteix EP com a guia evolutiva. S'inclouen mesures de confort i atenció física i emocional adaptades a les necessitats.

Conclusions: aconseguim reduir la mortalitat al 20% dels residents; encara que massa, molt lluny de les xifres d'altres centres.

Al final del brot, es possibilita la rehabilitació respiratòria sobre la base de les dades EP: 5 A, 9 B, 13 C i 32 D. Reforcem el grup més deteriorat.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

YOLANDA ORTEGA VILA
IRENE PASCUAL PALACIOS
JOSUA SUÁREZ PASTOR
MARIONA CAPDEVILA MARTÍNEZ

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7238

Resilència en front de l'adversitat

Objectius: en plena pandèmia de COVID-19, desesperats per no poder atendre adequadament els nostres pacients, sense PCR ni test d'antígens, apareix l'ecografia pulmonar (EP) com a eina diagnòstica i per establir criteris de derivació.

Descripció: dos membres de l'equip, amb experiència en ecografia, van realitzar una formació en línia amb experts en EP. Van desenvolupar-la de manera pràctica i supervisada a distància per resoldre dubtes. Una vegada afermats, es desenvolupà un procediment que aplegava la formació de l'equip amb l'atenció dels possibles pacients de COVID-19.

Elaborem un consens d'indicacions de la prova: cas sospitós de COVID-19 atès presencialment, pacient diagnosticat que evoluciona desfavorablement i seguiment COVID-19 amb simptomatologia persistent. Creem un circuit d'accés al centre i delimitem una àrea COVID-19 per evitar contagis i facilitar la desinfecció.

Registrem les proves en format de consens del Grup Eco-AP de la CAMFiC. Les dades clíniques s'incorporen a la història clínica.

Elaborem guia breu de maneig de l'ecògraf.

Distribuïm els col·legues formats en dos torns, per tutelar in situ la resta de l'equip. Extremem la seguretat, ens organitzem per parelles amb els formadors directament amb el pacient (informat prèviament de la situació, podia negar-se a formar part).

Els companys més experts van valorar la competència dels nous formats i van donar autonomia en la prova, estandarditzant l'evolució. En 10 dies, tots els metges del centre van estar preparats per a l'EP. Durant la primera onada es van realitzar més de 200 EP, que van facilitar el diagnòstic i el seguiment. Posteriorment tot l'equip va realitzar una formació reglada i acreditada.

Conclusions: l'EP va permetre tornar a sentir-nos metges. Els pacients van compartir l'experiència formativa positivament. El col·lectiu mèdic va ser resilient i adaptable a les noves tecnologies que van permetre un major abordatge, i millor, del pacient.

YOLANDA ORTEGA VILA
IRENE PASCUAL PALACIOS
JOSUA SUÁREZ PASTOR
EDUARD CAMBRA GARCÍA
PAULA PROFITÓS MARTÍNEZ
LAURA MARTÍN

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7239

Cinc anys de l'ecografia a atenció primària. Llums i alguna ombra

Objectiu: analitzar les ecografies abdominals (ECA) realitzades en atenció primària (AP) al llarg de 5 anys d'implantació d'un programa d'ecografia realitzada per metges de família.

Material i mètodes: àmbit: àrea bàsica de salut, semiurbana (28.000 persones).

Revisió de les ECA realitzades en 5 anys, segons el motiu de petició i correlacionant les troballes patològiques.

Estudi descriptiu retrospectiu 2015-2021 de la base de registre anònim de les ECA. Variables motiu de petició: 12 ítems segons interès AP, consens de l'equip d'AP i diagnòstics ecogràfics (18 ítems).

Resultats: n total: 3.070 en 6 anys (condicionades per la pandèmia en 2020-21). A l'inici del programa, la mitjana d'espera de les ecografies abdominals era de 6 mesos o més, i és reduïda a un mes des del primer any del programa. El nombre d'ECA ha oscil·lat entre 450 i 690 anualment. Globalment, respecte als motius: el 50% de les ECA agrupen el dolor abdominal, dolor d'hipocondri dret i hipertransaminasèmia; el 25% agrupen sospita de nefrouropatologia, hematuria, prostatitis i còlic renal. Respecte al diagnòstic, el 25% de les ECA són normals, el 18% mostren meteorisme, el 17% són diagnosticats d'esteatosi i, encara que el seu número pugui semblar insignificant estadísticament, s'han diagnosticat 10 neoplàsies de bufeta urinària. L'anàlisi desglossada per anys no presenta canvis.

L'estalvi pel fet d'assumir aquestes proves l'equip és de més de 185.000 euros

Conclusions: L'ECA és una eina diagnòstica fonamental en AP. Un 25% se sol·liciten per dolor abdominal inespecífic o epigastralgia, en aquests casos l'ECA és poc sensible i hem de delimitar el seu ús. Una quarta part de les ecografies són normals. Hem d'optimitzar l'ús de l'ECA o se satura ineficaçment un programa. Hem de treballar en equip les indicacions específiques de la prova i les seves peticions per augmentar l'especificitat d'aquesta.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

YOLANDA ORTEGA VILA
ANDREA ALAJARIN FERRERO
IGNACIO LLUCH BENEITO
JOSUA SUÁREZ PASTOR
EDUARD CAMBRA GARCÍA
MERLI MATEU

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7243

Maneig de la hipertròfia benigna de pròstata des d'atenció primària

Objectiu: valorar el compliment dels ítems de diagnòstic per fer el diagnòstic d'hiperplàsia benigna de pròstata (HBP) i els seguiment que fa el metge de família en funció de les dades

Material i mètodes: disseny: estudi transversal retrospectiu. Àrea bàsica de salut semirural que atén 28.000 usuaris.

Mostra: revisió del total de casos amb síndrome prostàtica derivats a ecografia renovesical en el marc de l'atenció primària en els darreres 9 mesos (context pandèmic).

Variables: edat, antigen prostàtic específic (PSA), puntuació internacional de símptomes de pròstata (ISPP) valorada, tacte rectal, volum prostàtic, troballes a la pròstata, residu postmiccional, grau HBP, derivació a l'uròleg i tractament iniciat.

Resultats: n = 62 anys. Edat mitjana: 62,5 + 11,9 anys. PSA mig 3,4 + 8,9 ng/ml. Volum prostàtic mig 34 + 28cc. Residu postmiccional 19,1 + 37cc.

El grau d'HBP: grau I 31%, II 21%, III 1,6%, IV 8,1%. Normal 37%. Presenten calcificacions el 14,5%.

Respecte altres ítems per al diagnòstic: ISPP realitzat en el 32% i tacte rectal, en el 23%.

Derivacions a urologia: 38% dels casos (casos amb proves normals i clínica obstructiva). Només un cas es va associar a neoplàsia.

No hi ha correlació entre el PSA i les derivacions a urologia (PSA dins de la normalitat majoritàriament).

Hi ha correlació estadísticament significativa ($p < 0,05$) entre el volum postmiccional i les derivacions a urologia.

En el 61,2% dels casos es va iniciar tractament farmacològic, majoritàriament tamsulosina.

Conclusions: a l'atenció primària hem magnificat l'ús de l'ecografia per a la síndrome prostàtica deixant de banda altres ítems essencials per al diagnòstic. Cal revalorar aquest punt amb més formació entre els metges de família per no saturar l'accessibilitat a una prova i reduir-ne la seva especificitat. En tots els ítems, les derivacions a urologia podrien encara disminuir més.

YOLANDA ORTEGA VILA
MARÍA DE LAS NIEVES CARRANZA
JOSUA SUÁREZ PASTOR
EDUARD CAMBRA GARCÍA
MARIONA CAPDEVILA MARTÍNEZ
LAURA MARTÍN

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7244

Sarna, més enlla de la pruija, un problema comunitari

Objectiu: analitzar els casos registrats amb el diagnòstic de sarna, tipificar el perfil dels usuaris afectats i l'evolució de la malaltia.

Material i mètodes: àmbit: atenció primària; centre de salut que atén 28.000 usuaris.

Disseny: estudi transversal retrospectiu.

Mostra: revisió del total de casos amb diagnòstic de sarna registrats en la base de dades ECAP del centre.

Variables: edat, sexe, mes de desenvolupament de la malaltia, afectació familiar, tractament, segona opció de tractament, episodi únic.

Resultats: n = 69; 50% homes, 45% <30 anys, 14% 31-40 anys, 11% 41-50 anys, 8% >51 anys. El total de la mostra es va agrupar en els últims tres mesos: 33% desembre, 48% gener, resta febrer. El 48% explica clínica en persones convivents. Tots van rebre tractament amb permetrina i van rebre consells sobre higiene personal i domiciliària. En el 32% de casos es va administrar ivermectina a posteriori. En el 32% dels casos era un segon episodi i en el 3,2% era el tercer.

Conclusions: a partir de l'estudi constatem que estem davant d'un brot de sarna en la nostra comunitat. En anys previs, la incidència fou de menys de 10 casos/any.

L'afectació fou majoritària entre joves, amb una afectació familiar pròxima al 50%. Els pacients diagnosticats són solament els que han acudit per símptomes, hi ha una gran gap de casos no detectats, tractats o no.

Un de cada tres pacients no millorarà amb permetrina. Per a un terç dels pacients no és el seu primer episodi.

Un brot de sarna exigeix més que un tractament, hem d'implicar-nos en iniciatives comunitàries per aconseguir la seva erradicació.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

YOLANDA ORTEGA VILA
MARTA PEPIÓ
JOAN JOSEP CABRE
FRANCISCO MARTÍN
JOSUA SUÁREZ
JOSÉ FERNÁNDEZ SÁEZ

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7245

El risc de ser dona. Obrint els ulls a l'evidència de la síndrome de Yentl

Objectiu: existeix bibliografia que dona suport a un retard diagnòstic i terapèutic en dones amb alt risc cardiovascular, com per exemple, pacients amb síndrome metabòlica (SM). L'objectiu va ser conèixer la incidència de malaltia cardiovascular (MCV) i mortalitat en una cohort amb SM, i analitzar possibles diferències de gènere i lloc de residència pel que fa a la realització d'angioplasties primàries en pacients amb cardiopatia isquèmica (CI).

Material i mètodes: estudi de cohort poblacional, base de dades SIDIAP, en atenció primària de Catalunya. Seleccionem persones de tots dos sexes, entre 35 i 75 anys, exempts de MCV a l'inici (2009), complint criteris diagnòstics d'SM (diagnòstics NCEP-ATPIII).

La variable resultat va ser la incidència a 10 anys d'MCV i mortalitat global per tota causa. Registrem variables sociodemogràfiques (edat, sexe, fenotip SM, índex socioeconòmic MEDEA) i reperfusió coronària. Anàlisi estadístic: ANOVA i ?.

Resultats: 167.673 persones van complir criteris SM (5,2% de la població), 63,2% homes. El 22% de població pertanyia a àrees rurals. Aquelles àrees urbanes més disperses socioeconòmicament (urbana-1 i urbana-5), van exhibir les majors incidències d'MCV i CI.

Registrem 51.129 MCV (30,7%), dels quals 29.717 van ser CI (17,7%). Concretament, en homes, 6.995 infarts aguts de miocardi i 1.894 en dones. Es van realitzar 2.220 angioplasties primàries, 1.669 en homes i 351 en dones, representant respectivament 7,7% i 5,2% ($p < 0.005$).

Conclusions: la incidència de CI en subjectes amb SM és alta a Catalunya. Existeix diferència en les angioplasties realitzades, segons sexe i lloc de residència. Probablement una implicació pràctica seria detectar a temps la CI en dones amb SM, perquè puguin beneficiar-se de la teràpia revascularitzadora igual que els homes.

YOLANDA ORTEGA VILA
JESÚS VISCAINO MARIN
MONTSERRAT TOMAS
IRENE PASCUAL PALACIOS

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7246

La coordinació transversal és fonamental per salvar vides

Objectiu: davant un brot de COVID-19 a la residència adscrita al nostre centre d'atenció primària (AP), treballem en equip per convertir-la en un hospital de campanya dirigit per l'AP.

Descripció: l'1 de desembre de 2020 es va iniciar un brot de COVID-19 a la residència. Vam obtenir PCR+ en un pacient simptomàtic després d'una consulta hospitalària. D'aquest van derivar 5 positius en el seu grup bombolla i 9 més en el centre. Pòsteriorment 95 residents i el 50% de treballadors.

Es van establir sinergies entre el CAP i la residència. Gabinet de crisi coordinat per la regió sanitària. Estructura i adaptació de la plantilla. Coordinació nivells assistencials. Assumpció de pacients més complexos. Generació i seguiment de quadres de comandament.

Coordinem l'assistència 24 h/7 dies amb reunions: 1. Estat/evolució del brot. 2. Equip d'intervenció ràpida 3. Complementàries: PCR, test d'antígens ràpid (TAR), analítiques de control, serologies, radiografies, tractaments. 4. Material: EPI, PCR, TAR, analítiques, farmàcia.

El centre sociosanitari i l'hospital van facilitar ingressos dels pacients crítics. El sociosanitari va actuar també com a consultor.

Facilem la comunicació telefònica i per videoconferència espontània o programada amb els familiars.

Vam introduir l'ecografia pulmonar (EP) amb una classificació pròpia: A, B, C o D en funció del número i grau dels camps pulmonars afectats. Realitzem 143 EP. El nombre total d'exploracions durant la fase per a cada nivell va ser: 44 A, 16 B, 15 C i 9 D.

Amb el suport de l'EP vam atendre en el mateix centre i s'inicià terapèutica agressiva (antibioticoteràpia, teràpia endovenosa, suport ventilatori, anticoagulació i corticoteràpia). Es treballà nutrició i hidratació, fonamental per a la seva evolució. S'incidí en el confort i l'atenció física i emocional adaptats a les necessitats.

El nostre centre va reduir la mortalitat (20% dels residents afectats), molt lluny de les xifres d'altres centres.

Aplicabilitat: el treball coordinat entre els actors sanitaris i l'apoderament de l'AP i de l'equip assistencial residencial va ser clau per salvar vides.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA CATALÁN ADELL
FERNANDA FREITAS
MARTA MASSO MURATEL
JOAN GENE BADIA
CRISTINA SÁNCHEZ LUNA
BELCHIN KOSTOV

Contacte:
catalan@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7247

Presencia de COVID-19 persistente en pacientes de la primera ola con infección por SARS-CoV-2 leve-moderada diagnosticados en atención primaria

Introducció: la COVID-19 persistente (CP) es una entitat freqüent després de la COVID-19. Aproximadament, un 10% de les afectades presentaran símptomes més allá de les 12 setmanes després de la infecció. Se presenta inclús en pacients amb símptomes lleus i que no han requerit ingress hospitalari.

Objectius: avaluar la prevalència de CP en pacients visitats en atenció primària; descriure les característiques, manifestacions clíniques i antecedents patològics (AP) de esta població, ademés de valorar la relació entre la simptomatologia en la fase aguda, els AP i la presència de CP.

Metodologia: se inclueren tots els pacients amb infecció per SARS-CoV-2 confirmada mitjançant PCR (de febrer a maig de 2020), i amb malaltia leve-moderada que no necessitaven ingress hospitalari. Se realitzà una estadística descriptiva. El anàlisi estadístic se realitzà mitjançant el programa R versió 4.1.0.

Resultats: en total, 79 pacients foren avaluats. Un 7,6% presentaven diagnòstic de CP (el 66,6% eren homes, mitjana de 52 anys). Els símptomes observats foren disnea, astènia, fatiga, disminució de la densitat capilar, hipertensió arterial, anosmia, ageusia i cefalea. El 66,7% d'estos pacients tenien AP, però no existia relació amb la presència de CP. L'expectoració fou la única variable, referent a la simptomatologia aguda, en la que se observà una relació amb CP ($p=0,008$).

Conclusions: la presència de CP fou $<10\%$. Els símptomes observats foren similars als descrits en la literatura. No hi hagué relació entre els AP i la CP. L'expectoració, com a símptoma agut, se associà al desenvolupament de CP.

NEUS COMA CLOTET
MARÍA REYES ALVARE MOGOLLÓN
MONTSERRAT BARRIO LÓPEZ

Contacte:
ncomas.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7253

A propòsit de un cas. El calçat sí que importa

Àmbit del cas: atenció primària, àmbit rural.

Motiu de consulta: pacient que consulta a urgències d'hospital comarcal per dolor i inflamació a nivell dorsal del peu, sense traumatisme previ, que havia començat el dia anterior, després d'estar treballant amb un calçat més ajustat que el calçat habitual.

Història clínica: pacient de 57 anys, fumador, sense sobrepès, amb antecedents d'hiperplàsia benigna de pròstata i dislipèmia. Treballa amb calçat de seguretat en el seu àmbit laboral. No realitza esport de manera habitual. Explica que el dia abans, en el seu lloc de treball, havia caminat una mica més que habitualment i amb un calçat ajustat. Presenta dolor i inflamació a nivell dorsal del peu dret. A urgències s'orienta com a sobrecàrrega articular, es col·loca bandatge i es recomana repòs. Dos dies després, el pacient acudeix novament a urgències per empitjorament del dolor i edema, s'orienta com a cel·lulitis i es pauta antibiòtic via oral. Un mes després el pacient consulta amb la seva metgessa d'atenció primària per persistència de dolor, es decideix sol·licitar radiografia on s'observa fractura dels metatarsians 2n i 3r, amb signes de resolució. Es deriva a traumatologia i es recomanen plantilles, amb posterior millora clínica al cap de poques setmanes. S'atribueixen les fractures a l'estrès pel tipus de calçat.

Conclusions: les fractures d'estrès s'han de tenir presents en l'inici d'un dolor d'inici sobtat, sense traumatisme previ, també en persones que no practiquen esport de manera habitual. És molt important una bona anamnesis per poder establir un diagnòstic acurat.

Disposem del consentiment informat escrit per part del pacient que dona el seu consentiment per exposar al cas en el congrés.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NÚRIA VIDAL CALVO
PAU MONTÓYA ROLDAN
JOSEP M^a GÍFRE HIPOLIT
MARIA MALLART RAVENTÓS
ANNA SERRA JOANIQUET

Contacte:
nuria.vidal@ias.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7254

No totes les dilatacions són litiasi

Pacient 69 anys que consulta per hematúria asimptomàtica.

A l'ecografia feta a atenció primària s'observa dilatació de la pelvis renal esquerra sense imatges de litiasi.

Antecedents personals de dislipèmia i diabetis *mellitus*. No hàbits tòxics.

Sol·licitem tomografia computada abdominal que mostra lesió ureteral distal esquerra compatible amb procés neoforatiu primari urotelial, amb possible extensió filiforme fins a la pelvis renal. Moderada hidronefrosi esquerra secundària. Adenopaties retroperitoneals paraaòrtiques seguint el trajecte ureteral.

La pacient es deriva a urologia on es realitza cistoscòpia que mostra bufeta de bona capacitat sense lesions endovesicals.

Davant les troballes es decideix intervenció quirúrgica de nefroureterectomia esquerra i adenopaties, per via laparoscòpica, i resecció d'annexos i matriu per laparotomia.

Es du a terme tractament quimioteràpic i radioteràpic adjuvant.

Els tumors ureterals són poc freqüents, ja que representen del 3 al 5% de tots els tumors renals. Comparteixen factors etiopatogènics amb el càncer de bufeta i no és infreqüent la seva recurrència. El 95% corresponen a carcinomes transicionals

Com a factors etiològics predisponents es troben el tabac, factors ocupacionals i tractaments previs amb ciclofosfamida.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: l'ecografia clínica es pot considerar una eina més en el dia a dia de la consulta d'atenció primària, i fa que sigui més resolutiva la consulta del metge de família.

Aquest cas ens demostra també la importància d'estudiar sempre els pacients amb hematúria asimptomàtica, encara que l'ecografia no ens mostri lesions clares. L'ampliació de l'estudi amb diferents proves complementàries ha estat clau per fer un bon diagnòstic, definir-ne l'estadiatge i que la pacient pugui dur a terme al més aviat possible el tractament més adequat per a la seva patologia.

GASTÓN VÁZQUEZ PIRILLO
MERCEDES NAVARRO FERNÁNDEZ
M^a VISITACIÓN PERDIGUERO FABRE

Contacte:
residencias.ics@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7257

Importancia de los procedimientos ecoguiados en residencia y domicilio

Àmbit del cas: atenció domiciliària, ecografia intervencionista domiciliària.

Historia clínica: paciente de 89 años ingresada en residencia de la zona. Nos comunican desde la residencia que la paciente presenta inflamación y dolor de hombro derecho de inicio agudo no traumático.

Antecedentes de interés: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca crónica, anemia ferropénica, Alzheimer GDS 6, infección por COVID-19 en marzo/abril de 2021 y enero de 2022, temblor esencial, osteoporosis, condrocalcinosis.

Diagnóstico diferencial: derrame articular hemático vs. inflamatorio.

Tratamiento y plan de actuación: se decide realizar ecografía en residencia. Se detecta imagen anecoica localizada, compatible con derrame articular. En el mismo momento se opta por realizar artrocentesis evacuadora y posterior infiltración con 1 ml de triamcinolona +1 ml de mepivacaína al 2%, tras consentimiento de la paciente y familiar presente. Se consiguen extraer 36 cc de líquido seroso, no hemático, sugestivo de patología inflamatoria aguda.

Evolución: tras la actuación se revalora a la paciente una semana después: la mejoría en el dolor es significativa; también ha recuperado de forma parcial la movilidad, y se deriva a rehabilitación para optimizar el tratamiento.

Conclusiones: contar en atención primaria con un equipo formado para la realización de ecografías y procedimientos ecoguiados supone una mejora en la calidad asistencial, especialmente en pacientes con más necesidades y dificultades en la movilización. En este caso en particular, en una sola visita hemos podido solucionar este problema de salud, evitando así el circuito habitual que hubiera requerido si no se contara con este recurso (visita con su médico, radiografía, ecografía, traslados en ambulancia y derivación para artrocentesis e infiltración).

Destacamos también que, gracias a estas actuaciones tan resolutivas, conseguimos no solo una reducción en el gasto sanitario, sino que mejoramos la comodidad, satisfacción y calidad asistencial en este tipo de pacientes.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

Laura ILLAMOLA MARTÍN
Eva PUIG DE LA BELLACASA BUENO
SÍLVIA GRACIA AGUIRRE
ELENA DE FRUTOS ECHAINZ

Contacte:
laurailamola@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7258

Tele dermatologia. Implantación en un centro de atención primaria durante la pandemia de la COVID-19

Objetivos: reducir la lista de espera del servicio de dermatología.

Evaluar incidencias en las derivaciones de dermatología detectadas por este servicio.

Implantar la tele dermatología en nuestro centro, facilitada por el impulso de la visita telemática instaurada durante la pandemia de COVID-19.

Descripción de la experiencia: se analizaron las derivaciones a dermatología enviadas el primer trimestre del 2021 desde nuestro centro de atención primaria para instaurar posteriormente el servicio de tele dermatología en el segundo semestre del año.

Se analizaron 149 derivaciones del primer trimestre del 2021 a dermatología. Se detectaron 34 incidencias, 38,2% por error de prioridad, 23,5% por derivación de lesiones no cubiertas por el sistema público de salud y 14,7% derivadas con infratratamiento desde atención primaria.

El dermatólogo de referencia realizó una sesión formativa en atención primaria para reducir derivaciones por infratratamiento y por lesiones no cubiertas por el sistema público.

Durante el segundo semestre del 2021 se instauró la tele dermatología. Las imágenes tomadas por los médicos de familia a través de la aplicación móvil (diseñada para ello), pasan a la historia clínica del paciente, lo que permite adjuntarlas a la derivación.

Se realizaron 429 derivaciones a dermatología, 272 presenciales y 157 no presenciales (37%); de éstas, 85 incorporaban imagen y 72 se derivaron sin imagen.

Conclusiones: conocer las incidencias permitió solucionarlas.

Ante la elevada cantidad de derivaciones con error de prioridad (probablemente por la demora que tenía el servicio), la tele dermatología reduce la lista de espera y permite la adecuación del tiempo de asistencia rápida ante lesiones sospechosas de malignidad. Destaca una amplia aceptación de la consulta telemática de los pacientes y médicos de nuestro centro facilitada por el contexto de la pandemia de COVID-19.

Aplicabilidad: la tele dermatología permite agilizar las interconsultas a dermatología desde atención primaria.

ELENA REBOLÉ LUMBRERAS
AMAYA MORÓN UGALDE
ALBA CABELLO ARMESTO

Contacte:
erebolde.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7260

Implantación y seguimiento de la aplicabilidad de una agenda coronavirus en la 5ª ola de la COVID-19 (variante delta) en un centro de atención primaria

Objetivos: 1. Creación de una agenda coronavirus para dar seguimiento telefónico a pacientes con COVID-19 (variante delta), con síntomas tanto leves como moderados. 2. Evaluación retrospectiva de la práctica asistencial realizada por los profesionales sanitarios del centro de atención primaria para comparar la situación real con la situación descrita como deseable en el protocolo normalizado de trabajo PNT_EAP_002 V5, a través de un *self-audit*.

Descripción: este seguimiento telefónico puede llevarse a cabo tanto por un médico como por una enfermera de atención primaria. En este protocolo se proponen una serie de citas telefónicas coincidiendo con un seguimiento por días: 0, 48 h, 4.º día, 7.º día y 10.º día. En la anamnesis ha de constar:

- Si el paciente es contacto estrecho.
- Resultado del test de antígenos rápido o de la PCR.
- Síntomas: fiebre, tos, anosmia, disgeusia, disnea, vómitos, diarreas y cefalea.

Conclusión (resultados preliminares): una vez analizada una muestra (n=20) de la agenda coronavirus del mes de julio de 2021 (pico de la variante delta de la COVID-19, coincidiendo con la 5.ª ola), se concluye que:

- Porcentaje de hombres: 60%.
- Porcentaje de mujeres: 40%.
- Media de edad: 32 años.
- Porcentaje de llamadas correctas día 0: 85%.
- Porcentaje de llamadas correctas 48 h: 60%.
- Porcentaje de llamadas correctas día 4: 20%.
- Porcentaje de llamadas correctas día 7: 35%.
- Porcentaje de llamadas correctas día 10: 60%.

Aplicabilidad: con la implantación de esta agenda coronavirus se consigue un correcto seguimiento de los pacientes para poder detectar cualquier tipo de necesidad que pudiera surgir a lo largo de la enfermedad. Además, mediante este *self-audit* se pretende detectar las desviaciones incorrectas de la propia práctica para proponer una estrategia de cambio y corrección.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MIAO QI YE JI
MARÍA FLORENCIA POBLETE PALACIOS
SIRA CASABLANCAS FIGUERAS

Contacte:
dra.miaoye@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7263

Hipertransaminasemia asintomàtica

Àmbit del cas: atenció primària.

Motivo de consulta: alteració del perfil hepàtic.

Antecedents personals: home de 66 anys, sin al·lèrgies a medicaments conegudes. No hàbits tòxics. Hipertensió arterial, dislipèmia, cardiopatia isquèmica.

Tratamiento habitual: omeprazol, aspirina, atorvastatina, enalapril, carvedilol.

Anamnesis: hallazgo de alteració del perfil hepàtic en analítica de control anual, no presente en analítiques previas. No refereix dolor abdominal, ni alteració del ritme deposicional, ni síndrome febril, ni canvis dietètics, ni farmacològics, ni altra simptomatologia associada.

Exploración física: IMC = 36. Abdomen globulós, no dolorós a la palpació. No se palpa hepatomegalia, ni esplenomegalia. No edema en extremitats inferiors.

Pruebas complementarias: analítica con hipertransaminasemia de AST 187 U/l i ALT 235 U/l, elevació de GGT 138 U/l. Fosfatasa alcalina i bilirrubina en rang. No anèmia, con VCM de 97. Analítica de control con persistència de hipertransaminasemia. Se completa estudio con normalitat de perfil renal, pancreàtic, albúmina, creatina cinasa, ferritina e índex de saturació de transferrina, hemograma i hemostasia. Serologia de los virus de la hepatitis A, B y C, virus Epstein-Barr y citomegalovirus negativos. FIB-4 Score de 2,54. Ecografia abdominal presentando esteatosis hepática de grado leve. Se completa estudio con anticuerpo antinucleares y anti músculo liso positivos, y elevación de inmunoglobulina G. Se orienta como posible hepatitis autoinmune. Se solicita valoración a digestivo, que completa estudio con elastografía hepática sin signos de fibrosis grave ni esteatosis. Se realiza biopsia hepática compatible con hepatitis autoinmune.

Tratamiento: se inicia tratamiento con budesonida.

Evolución: control posterior con analítica normalizada.

Conclusiones: la hipertransaminasemia puede ser un hallazgo casual en la consulta de atención primaria de forma relativamente frecuente, y es importante realizar un abordaje completo inicial en la consulta y realizar el estudio de las posibles etiologías (infecciosas víricas, tóxicas, metabólicas, autoinmunes, etc.) que permitan iniciar su manejo precoz.

GEMA ESTRADA BANCELLES
MIREIA HERNÁNDEZ MACHADO
REBECA SEGURA BORRÁS

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7265

Lactant irritable amb lesions per rascat a la pell, a propòsit d'un cas

Text Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: ens consulten en la guàrdia uns pares d'un nadó de 4 mesos, per lesions cutànies, progressives i que els darrers dies s'ha associat d'intensa irritabilitat. En l'exploració física s'observen lesions papulopustuloses de predomini als peus i les mans, amb lesions per rascat i àrees amb crostes amb descamació. Al tronc presenta lesions excoriades papuloses i papulovesiculoses.

No altres antecedents patològics d'interès. Els familiars no tenen cap lesió a la pell.

Es consulta amb el pediatre del centre i davant la sospita d'una sarna es fa tractament amb Sarcop® 5% en crema, fins a 3 tandes.

Judici clínic: la sarna és una malaltia cutània deguda a la infestació i la reacció d'hipersensibilitat a les proteïnes de l'àcar *Sarcoptes scabiei hominis*.

La transmissió de la sarna sol ser per contacte directe, íntim i perllongat ja que fora de la pell humana l'àcar sol només sobreviu entre 24 i 36 hores

Les lesions de sarna en un lactant ens poden despistar i pot ser que no fem bé el tractament per mala orientació diagnòstica.

Tractament i plans d'actuació: es remet el nadó a dermatologia, previ contacte telefònic amb l'especialista per confirmar el diagnòstic amb dermatoscòpia (visualitzant l'àcar *S. scabiei*). I poder iniciar ivermectina oral ajustada al pes.

Conclusiones: el diagnòstic diferencial de la sarna és ampli i inclou una varietat de malalties cutànies pruriginoses, com dermatitis atòpica, dermatitis de contacte, urticària pigmentosa, histiocitosi, fol·liculitis, dermatitis herpetiforme, pruija nodular i picades d'insectes i altres.

És important fer bé el diagnòstic per poder donar el tractament adequat.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

VIOLETA URIACH TIMONEDA
SARA OBELLEIRO NADAL
ÀLEX DEL RÍO ORTIZ
ALEXANDRA CASCANTE LLORENTE

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7267

Confusió pandèmica

Objectiu: visualitzar l'increment d'errors per la pandèmia (visites virtuals, telefòniques, elevada sobrecàrrega assistencial i falta de personal).

Descripció: en plena pandèmia, tant la metgessa com l'infermer van iniciar-se en una unitat bàsica d'assistència (UBA), això suposava un gran repte, conèixer als pacients i ser coneguts per ells, generar una bona relació metgessa-pacient, tot això dificultat per la pandèmia, la incertesa, canvis constants de protocols, la sobrecàrrega assistencial i les poques visites presencials.

Vam atendre un pacient de 67 anys, en Mohamed, que venia amb la seva filla, ambdós molt correctes. Ell presentava barrera idiomàtica i la filla era clau per la correcta comunicació.

Vam visitar-lo en diverses ocasions, telefònicament, i es mostrava mal educat i hostil. Li proposàvem visites presencials per millorar la comunicació. En algunes ocasions s'hi negava i en altres acudia en general sense la filla. Amb la mateixa actitud de queixa i elevació del to de veu sense motiu aparent.

Ens semblava increïble que la presència de la filla pogués suposar un canvi tan gran en el comportament del pacient. En una visita presencial, alguna cosa no quadrava i en buscar el mateix cognom vam trobar un altre home, en Mohamad, de 66 anys... el germà. Ambdós diabètics i hipertensos, només una lletra de diferència en el nom, d'aspecte similar, edat pràcticament idèntica, però personalitats totalment diferents.

A la pràctica, no va suposar cap problema, la confusió es va quedar en un quasi error. Tot i això, ens va resultar molt útil, com a avís de la facilitat de cometre errades d'aquest tipus, sobretot en fer visites telefòniques o virtuals de pacients poc coneguts.

Conclusió: cal identificar els pacients sempre. Comentar situacions mèdiques entre professionals sense el pacient present és habitual i beneficiós, però és d'especial importància confirmar la identitat del pacient.

Aplicabilitat: identificar i compartir qualsevol error del sistema ajuda a minimitzar-los.

EVA FONTDECABA RIGAT
OLGA ENCISO GIRALDO
MONTSE LLOVERAS CLOS
ÀNGEL IZQUIERDO FONT
ARNAU CARREÑO ROCA
CÀTEDRA OCEANS
I SALUT HUMANA UNIVERSITAT DE GIRONA

Contacte:
evafontdecaba@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7268

Recepta blava eHealth

Objectius: aportar evidència preliminar sobre els beneficis en salut de la pràctica de l'esnòrquel, de nedar i de caminar vora el mar, en pacients oncològics, amb la finalitat de fonamentar la seva recomanació ("Recepta Blava") com a eina en promoció de la salut (PS).

Aconseguir una visió holística del binomi salut-medi ambient avançant cap a iniciatives de PS basades en activitats marítimes sostenibles mediambientalment.

Material i mètodes: estudi desenvolupat durant 2 anys per un equip multidisciplinari que involucra investigadors (metges de família, oncòlegs, biòlegs marins i antropòlegs) i la comunitat (associació de pacients, centre de busseig) en les activitats d'investigació.

Es compara l'efecte de 3 intervencions (caminar vora del mar, nedar i esnòrquel) amb la no-intervenció. Es realitzaren un total de 16 sessions, 4 de cada tipus amb 24 participants (8 abandonaments).

Criteris de selecció: pacients oncològics 18-70 anys, sense tumor actiu actual, dins dels primers 5 anys del diagnòstic.

Variables: freqüència cardíaca (FC) i qualitat del son (paràmetres fisiològics avaluats amb rellotges intel·ligents), pressió arterial i qüestionari POMS (Profile of Mood States).

Anàlisi estadístic: model tipus GLMM.

Limitacions: situació epidemiològica de la COVID-19. Magnitud de la mostra.

Aspectes legals: aprovació CEI IDIAP J. Gol i CEBRUDG.

Resultats: el POMS mostra resultats significatius en les tres activitats amb un gradient de benefici positiu segons el grau de contacte amb el mar. En la resta de variables, tot i les limitacions de la mostra, trobem una tendència de millora de l'FC.

Conclusions: l'esnòrquel, nedar i caminar vora el mar aporten benefici significatiu per a la salut en pacients oncològics. Això fonamenta la recomanació d'aquestes activitats com a actius en salut.

El treball multidisciplinari permet integrar salut-espais blaus en iniciatives orientades al benestar de la comunitat.

Tot i les limitacions, els resultats preliminars obtinguts encoratgen a continuar investigant en la mateixa línia, on l'avaluació combina el registre de paràmetres fisiològics amb qüestionaris de benestar emocional.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

YOLANDA ORTEGA VILA
JOSUA SUÁREZ PASTOR
MARIONA CAPDEVILA MARTÍNEZ

Contacte:
yortegavila@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7269

La medicació amagada com a clau del diagnòstic

Àmbit del cas: atenció primària de salut.

Motiu de consulta: cefalea.

Enfocament individual: home de 35 anys, homosexual, esportista (fa gimnàs 5 vegades/setmana). Última analítica d'empresa: normal, excepte creatinina 1,2 mg/dl, ja coneguda. Dieta hiperproteica.

Antecedents personals: trets hipocondríacs. Intervingut fa un mes de resecció de cornets inferiors. Sense altres antecedents patològics o familiars. Viu sol. Treballa en la banca.

Anamnesi: acudeix al centre de salut per cefalea. Refereix estrès laboral important i alteració del son.

Exploració: neurològica sense focalitat; fons d'ull normal. Determinació de la pressió arterial: 180/95 mmHg (mitjana de tres determinacions). Registres previs normals. Nega medicació. Nega dolor toràcic ni una altra simptomatologia. Admet estrès laboral amb alteració del son (3-4 h de son/dia, prèviament 7-8 h). Electrocardiograma anodí. S'administra captopril 25 mg. Als 30 minuts, la pressió és de 165/90 mmHg.

Orientació diagnòstica: hipertensió arterial per estrès i component de bata blanca. Recomanacions higienicodietètiques, calendari tensional i control posterior amb proves complementàries. A la setmana, determinacions del calendari tensional: matí 170/85 mmHg, migdia 185/95 mmHg, nit 185/95 mmHg. Analítica completa normal, excepte creatinina 1,2 mg/dl (ja coneguda). Aporta electrocardiograma, prova d'esforç i Holter normals (cardiòleg privat). Objectivem labilitat emocional, refereix insomni i ansietat, por d'emmalaltir. Tornem a preguntar sobre la medicació: ara recorda que utilitza un esprai nasal des de fa un mes (des de la intervenció de cornets). Se n'aplica sovint perquè l'ajuda a respirar. Revisem el producte, de venda lliure i no finançat, amb elevat contingut en sal. Otorrinolaringologia li havia pautat 2/8 h, 2 setmanes, però seguia de l'ordre de 2 inspiracions/7-8 vegades dia. Retirem el producte i tornem a citar en una setmana amb calendari tensional.

Calendari tensional: disminució gradual. A la consulta: 135/70 mmHg. Les xifres tensionals van romandre normals.

Diagnòstic: hipertensió arterial per abús d'esprai nasal.

Conclusió: davant de nous diagnòstics, hem de descartar la iatrogènia medicamentosa més enllà de la prescripció reglada i insistir en productes de parafarmacia o herbolari que el pacient no visualitza com a agents causals.

ANA ESCRIBANO SANZ
ALBA MARTÍNEZ SATORRES
MARTA SANJUAN GARCÍA

Contacte:
escribano.anna@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7270

¿Pinchar el dedo o la espalda?

Àmbit del caso: atención primaria, servicio de urgencias.

Motivo de consulta: acude un hombre de 23 años a urgencias derivado desde el centro de atención primaria para descartar encefalitis.

Enfoque individual: otalgia de 6 días. Se cubrió con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. Por persistencia de dolor, 2 días después añaden prednisona 30 mg. A los 3 días reconsulta en centro de atención primaria (AP) por vómitos, astenia grave, bradipsiquia y disnea. Exploración física en AP: Glasgow 13, resto de exploraciones neurológica y cardiorrespiratoria normales. Normotenso, normofrecuente, saturación >95%. A su llegada a urgencias, taquipneico (respiración de Kussmaul). Otoscopia hiperémica. Resto anodino. Refiere continuamente sed. Pruebas complementarias en AP: test rápido de antígenos negativo; en urgencias: tomografía axial craneal: incipiente mastoiditis coalescente. Líquido cefalorraquídeo: con glucosa alta sin más alteraciones. Gasometría venosa: ph 7,03; HCO₃ de 8,5; K 3,5; lactato 0,8; glucosa 300. Analítica: cuerpos cetónicos++, hemoglobina glicosilada 14%. Radiografía normal. PCR negativa.

Orientación diagnòstica: cetoacidosis diabética.

Plan: Se inicia inmediatamente bomba de infusión continua de insulina, así como sueroterapia intensiva. Ceftriaxona 2 g/12 h. Posteriormente, manejo habitual de la cetoacidosis diabética, así como inicio de educación diabetológica e insulinización ambulatoria ante debut de diabetes *mellitus* de tipo 1, en contexto infeccioso y de corticoterapia.

Evolución: actualmente se encuentra bien, sigue controles en consultas externas de endocrinología, buenos. Le proporcionaron sensor del factor de sensibilidad a la insulina conectado a aplicativo móvil.

Discusión: en este caso hay dos temas a discusión: 1) no menospreciar los signos clínicos a favor de los motivos de derivación, y 2) revisar el manejo básico en AP ante paciente con alteración de la conciencia, siguiendo el orden: oxígeno, glicemia, tensión. Luego: tóxicos, lesión cerebral, otras alteraciones metabólicas o iónicas.

Conclusión: destacamos la eficiencia y accesibilidad en AP de la glucemia capilar, incluso en pacientes no diabéticos, siempre dentro de un contexto sugestivo.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JOANA ABELLA MAÑÉ
LIDIA RIOS VALLÉS
TARECA DIAZ GRIJUELA

Contacte:
jabella@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7271

Implicació dels adolescents en processos comunitaris. Els *influencers* de la salut

Presentem la nostra experiència en aquest projecte comunitari en cooperació entre el departament municipal de Joventut, l'atenció primària i els joves de la comunitat (a qui denominarem "agents de salut").

Objectius:

- Formar adolescents per promoure la salut i actuar com a vectors per gestionar la demanda de salut d'altres joves.
- Detectar actituds nocives per a la salut dels joves dins un espai de reflexió.
- Promoció de les conductes saludables.
- Potenciar les capacitats dels joves, afavorir la seva autoestima.

De forma voluntària, hi van participar joves (mitjana d'edat de 16 anys) que cursaven ESO, batxillerat i cicles formatius. Van rebre formació presencial en temes d'afectivitat, sexualitat, consum de tòxics, assetjament sexual i primers auxilis. Vam comptar amb la col·laboració de la infermera referent en salut comunitària del centre, infermeria de salut mental i MIR de família.

Finalitzada la formació, se'ls acreditava com a "agents de salut" per poder exercir com a tals al seu centre escolar i als espais físics habilitats.

Se'ls va lliurar una guia impresa amb algorismes d'actuació i de contacte amb la infermera referent (qui jugà un paper imprescindible).

Al final de l'any 2020, es va realitzar una enquesta de satisfacció entre 60 participants, dels quals el 81% es mostraren satisfets.

Conclusions:

- L'accessibilitat dels joves als centres de salut no és fàcil. No sempre es veuen lliures d'acudir sense l'acompanyament d'un tutor.
- Creant espais d'aquest tipus, facilitem la detecció precoç dels casos de risc.
- Empoderar els adolescents a formar part de projectes de salut afavoreix molt positivament la seva autoestima.

El projecte es pot extrapolar a qualsevol altre centre d'atenció primària, amb l'ajuda de les institucions i dels professionals de salut, implica els residents de medicina i infermeria familiar i comunitària a participar en treballs de salut comunitària.

RAQUEL LANGARITA LLORENTE
ISABEL DOLZ GÜERRI
GISELA GALINDO ORTEGO

Contacte:
raquelangaritallorente@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7272

La importancia del paso a paso

Hombre de 77 años, que consulta por astenia, anorexia y pérdida de 5-6 kg en 1,5 meses. Episodios de sudoración nocturna, disnea y tos seca.

En la exploración destacan crepitantes secos en ambas bases pulmonares.

Solicitamos las siguientes pruebas complementarias. Análítica de sangre: PCR 165, ferritina 1.019, VSG 120. Radiografía: infiltrados pulmonares bilaterales.

Nos planteamos diversas etiologías (infecciosa, enfermedades sistémicas, enfermedades intersticiales o neoplásica).

Ampliamos estudio, con hemocultivos, cultivo de esputo, tinción de auramina, PCR para tuberculosis y Ag en orina, todos negativos. Por lo cual descartamos la etiología infecciosa.

El estudio de autoinmunidad, enzima convertidora de la angiotensina (ECA), crioglobulinas e inmunoglobulinas, también fue normal, por lo que se rechazó la hipótesis sistémica.

Solicitamos una tomografía computarizada toracoabdominopélvica. Se observa una extensa condensación pulmonar bilateral, con mayor afectación de los lóbulos inferiores y broncograma aéreo, sugerente de neumonía extensa, por lo que se descartó la etiología neoplásica.

Pedimos una nueva radiografía de control que muestra infiltrados pulmonares bilaterales en periferia y migratorios en el tiempo. El empeoramiento radiológico y la ausencia de mejoría clínica pese haber estado en tratamiento antibiótico apoyaban el origen intersticial.

Al reinterrogar al paciente explicó que limpió su trastero con muebles de madera vieja y polvo 15 días antes del inicio de la clínica. En ese momento, se solicitó broncoscopia y lavado broncoalveolar, que resultó negativo con CD8 > CD4. La biopsia transbronquial mostró zonas de pulmón normal (afectación parcheada) y zonas con acúmulo linfocitario. La ausencia de características histopatológicas sugestivas de otro proceso orientó el diagnóstico hacia una neumonía organizada criptogénica, la cual representa el 5-10% de las intersticiales.

De esta entidad queremos destacar su rápida mejoría clínica tras 2-3 días de tratamiento con corticoides, y radiológica en 4 semanas. Es, por lo tanto, una entidad a tener en mente y en la que no debemos demorar el inicio de tratamiento.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LAURA SEGARRA FERNÁNDEZ
JOANA SERRA VIRGILI
CRISTINA BREVA GRIÑO

Contacte:
laura_segarra5@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7273

Seguiment longitudinal del pacient

Àmbit del cas: atenció primària compartit amb els serveis hospitalaris.

Motius de consulta: odinofàgia i otàlgia dreta de 3 mesos d'evolució.

Història clínica: home de 53 anys amb antecedents personals: hipertensió, glicèmia basal alterada, reflux gastroesofàgic i obesitat. Hàbits tòxics: exfumador fa 6 anys (3 paq/dia), alcohol: 21 UBE/setmana.

La primera consulta d'odinofàgia, otàlgia, pruija faringia i òtic la realitza 2 mesos després de l'inici de la clínica, on es visualitzen taps de cerumen i s'orienta l'odinofàgia com a faringitis. Reconsulta i es diagnostica una amigdalitis.

El pacient reconsulta al mes de manera telefònica, per persistència de la clínica i se cita de manera presencial el mateix dia, per fer exploració física: veu gangosa, abombament amigdalí dret (dur, no fluctuació) amb petita placa blanquinosa. No es palpen ganglis laterocervicals. Otoscòpia bilateral normal.

Judici clínic: davant la sospita de neoformació es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid.

Evolució: és visitat pel otorinolaringòleg (ORL) i se sol·licita ressonància magnètica (RMN). El pacient ens comenta que no té visita successiva amb ORL per als resultats. Des d'atenció primària contactem dues vegades amb el servei per informar-los. Davant el resultat de l'RMN, se sol·licita punció amb agulla fina del gangli cervical dret, i és compatible amb carcinoma escamós. Es va desestimar intervenció quirúrgica pel creixement tumoral local, carcinoma de faringe T3 N2b M0. Ha fet tractament amb quimioteràpia i radioteràpia, que ja han finalitzat, i segueix control amb el comitè oncològic.

Conclusions: la importància de l'exploració física i de realitzar una bona anamnesi telefònica per fer un bon cribratge. Tot i derivar els malalts als serveis hospitalaris, hem de fer-ne seguiment, ja que en aquest cas el pacient hagués patit un retard en el diagnòstic i el tractament.

CRISTINA BREVA GRIÑO
JOANA SERRA VIRGILI
LAURA SEGARRA FERNÁNDEZ

Contacte:
cbreva.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7274

La importància d'una bona anamnesi i del diagnòstic diferencial en atenció primària

Àmbit del cas: la importància del seguiment d'un cas de dorsàlgia aguda d'aparició espontània en atenció primària.

Motiu de consulta: dorsàlgia mecànica de dies d'evolució que no remet amb analgèsia ni mesures rehabilitadores.

Història clínica: home de 63 anys. No reaccions adverses a medicaments. No intervencions quirúrgiques. No hàbits tòxics. Antecedents personals d'hiperplàsia de pròstata benigna, fibril·lació auricular amb remissió espontània i infecció per virus de l'hepatitis curada i en seguiment. En tractament amb silodosina 8 mg.

Acudeix a consulta de primària per dorsàlgia mecànica intensa de caràcter penetrant, referint una punxada a la regió dorsal dreta, que augmenta amb el moviment i li impedeix el descans. Es tracta amb analgèsia.

A la setmana, el pacient torna per persistència de símptomes. Associa una febrícula vespertina, símptomes respiratoris (tos irritativa esporàdica i discreta fatiga) i una auscultació pulmonar amb crepitants de base dreta. Es realitza radiografia de tòrax i s'objectiva una condensació al lòbul inferior dret. S'orienta el cas com una pneumònia adquirida en la comunitat i es tracta amb antibiòtic 10 dies.

Es fa control evolutiu telefònic i, tot i una bona adherència terapèutica, persisteix la clínica referida. Es fa analítica de sang amb l'obtenció d'uns dímers D de 1.450 mg/dl. Davant la sospita d'un tromboembolisme pulmonar, es remet al pacient a urgències de l'hospital de referència per a la realització de proves complementàries.

Evolució: es realitza angio-tomografia computada (TAC) d'arteries pulmonars i s'observa una embòlia pulmonar dreta. S'ingressa el pacient per a estudi. Al TAC abdominal apareix una massa hepàtica de 5 cm als lòbuls VI i VII hepàtics, compatible i confirmat per biòpsia hepàtica amb un hepatocarcinoma. L'estudi d'extensió va ser negatiu.

Conclusions: la importància de fer una bona anamnesi i exploració física, amb un ampli diagnòstic diferencial i bona orientació diagnòstica dels dolors dorsals, així com el seguiment evolutiu del pacient des de primària.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ALBA ESTELA MORALES
SANDRA HORNILLOS BRUGAT
CLARA CARRASCO RAURET
CLARA MICHOUT RAVAZZA

Contacte:
albaestmo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7276

Descripció de l'estat nutricional dels infants de 0 a 24 mesos d'una zona rural al Senegal

Objectiu: descriure l'estat nutricional de la població infantil entre 0 i 24 mesos a una zona rural de la regió de Tambacounda, districte de Makacolibatang, al Senegal.

Material i mètodes: la malnutrició afecta a Àfrica 82 milions de nens menors de 5 anys. A Tambacounda, Senegal, la malnutrició aguda greu (MAG) i l'aguda moderada (MAM) afecten al 12,4% de menors de 5 anys. Pot ser detectada per agents de salut amb mètodes de cribatge estandarditzats per l'OMS i la UNICEF

Disseny: estudi descriptiu epidemiològic. Estat basal de nutrició en nens de 0-24 mesos. Del novembre fins al març del 2019.

Població: entre 0 i 24 mesos dels pobles a estudi.

Inclusió: infants entre 0 i 24 mesos de Bolembou i de Pakeba si es poden recollir totes les dades del qüestionari.

Exclusió: falta d'informació del qüestionari que no permet identificar-los o no consentiment.

Mostra: tots els infants de 0 a 24 mesos que compleixin criteris, amb recerca activa de casos a través de qüestionaris. Consentiment informat.

Variables: estat nutricional (MAG, MAM i no malnutrició de risc); covariables clíniques, demogràfiques i socioeconòmiques.

Limitacions: biaix de confusió; barrera idiomàtica i falta de cens estructurat, variabilitat interobservador, biaix d'informació i mostra petita.

Aspectes legals: no risc ni experimentació. Aprovació CEIC (codi 19/045-P).

Resultats: malnutrició total (MAG + MAM): 25,3%, superior a la de Senegal i a la de la regió a la qual pertanyen els pobles (Tambacounda). Tots els nens amb MAG fan seguiment al *poste de Santé*, però no els casos de MAM, que n'és el pas previ.

Conclusió: creació de nous projectes per a la millora de la salut dels nens en aquesta zona. Valoració de la creació de preparats nutricionals o fomentar l'educació en aspectes nutricionals per prevenir la malnutrició.

ALBA ARROYO SALINAS
LAURA DONAT BENEYTO
MAR AQUILUÉ BERDÚN

Contacte:
albuchiarroyosalinas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7277

Efectividad del instrumento ICOPE en la detección de la pérdida de la capacidad intrínseca

Objetivo: determinar la utilidad clínica del instrumento ICOPE de la Organización Mundial de la Salud en una población mayor de 70 años.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo transversal, como población diana las personas pertenecientes a tres centros de atención primaria con una edad de 70 o más años y con un Barthel = 90. Los candidatos se seleccionaron por muestreo de conveniencia. Se realizó la captación desde atención primaria. Se obtuvo una muestra de 39 personas. Criterios de exclusión: diagnóstico de demencia, personas en situación de cronicidad avanzada y final de vida, vivir en centros residenciales para personas mayores, concurrencia de factores que supusieran un riesgo para la salud del participante o los investigadores. Se heteroadministraron una serie de cuestionarios en un espacio habilitado dentro del centro.

Variables: variables sociodemográficas (sexo, fecha de nacimiento, nivel de estudios...), test ICOPE, MNA, MMSE y SPPB, agudeza visual, audiometría y escala de depresión geriátrica de Yesavage).

Cada uno de los dominios ICOPE se comparó con el test validado para dicho dominio: el dominio nutricional se comparó con el test MNA; el dominio cognitivo con el MMSE; el dominio funcional con el SPPB; el dominio sensorial con las pruebas de agudeza visual y audiometría, y el dominio emocional con la escala de Yesavage.

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol, con código 20/194-P.

Resultados: existe una relación directa entre cada dominio del ICOPE y su respectivo test convencional en cuanto a un resultado sin afectación patológica mayor al 70%.

Conclusiones: la administración del test ICOPE en esta muestra de estudio favorece la valoración de la pérdida de capacidad intrínseca, dado que cada dominio se corresponde de una manera significativa con los resultados de los respectivos test convencionales para cada área.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BERTA BERTRANS VILARÓ
LILA COROMINAS GARCÍA

Contacte:
bbertransvilaro24@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7278

Una úlcera poc freqüent

Motiu de consulta: pacient dona de 54 anys que consulta a atenció primària per lesió abdominal.

Història clínica: com a antecedents patològics destaquen obesitat de tipus I i síndrome ansiosodepressiva en tractament amb antidepressius. Consulta per lesió cutània dolorosa a nivell abdominal d'uns 15 dies d'evolució, que s'ha estès en els últims 5 dies. Visitada fa 10 dies a urgències i donada d'alta amb tractament antibiòtic. No refereix traumatismes a la zona. En l'exploració física s'objectiva ferida a nivell de FID fins a la línia mitjana, de 25 cm x 12 cm, eritematosa amb marges violacis. No hi ha signes d'exsudació purulenta. Davant d'aquesta lesió, ens plantejem el diagnòstic diferencial amb les úlceres cutànies infeccioses i inflamatòries. Es contacta amb dermatologia i es deriva la pacient a l'hospital on ingressa per a estudi. Es realitza cultiu de la lesió: no s'aïllen gèrmens en la mostra. En la biòpsia de la lesió s'objectiven troballes suggestives de pioderma gangrenós. S'inicia tractament amb corticoides i ciclosporina amb millora clínica. Quan la pacient és donada d'alta de l'hospital, es remet a seguiment i cures diàries a atenció primària amb bona evolució.

Conclusions i aplicabilitat en medicina de família: les úlceres atípiques són un repte per al professional d'atenció primària, motiu pel qual un diagnòstic precoç i un maneig acurat són imprescindibles. El pioderma gangrenós és una lesió dolorosa i de ràpid creixement, que presenta el fenomen de patergia i per això cal evitar-ne la manipulació. Entre un 50-70% dels casos s'associen a alguna malaltia sistèmica entre les quals destaquen la malaltia inflamatòria intestinal i l'artritis reumatoide. Els corticoesteroides són el tractament d'elecció. És important, doncs, realitzar un bon maneig i seguiment des d'atenció primària, en equips multidisciplinaris, per tal de garantir una adequada higiene i curació de les lesions, així com un bon abordatge de les comorbiditats associades.

ALBA CABELLO ARMESTO
ALBA ARROYO SALINAS

Contacte:
albucharroyosalinas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7280

Sesión formativa sobre la eutanasia y la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Objetivos de la experiencia: aumentar la seguridad de los profesionales y los conocimientos sobre la nueva Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, el *modus operandi* ante una solicitud de prestación de ayuda para morir, y sobre una serie de conceptos relacionados con la eutanasia.

Descripción de la experiencia: sesión formativa a profesionales de medicina y enfermería, y a residentes de enfermería de familia y medicina de familia de un centro de atención primaria. Se realizó una sesión formativa en el centro, apoyada de una presentación PowerPoint, en la que se proporcionó información a los asistentes acerca de aspectos claves de la ley que pueden ser útiles en la práctica diaria. Por otro lado, se definieron una serie de conceptos que tienen mucha relación entre sí, pero que es importante diferenciar: rechazo de tratamiento, adecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, suicidio asistido y eutanasia. Se informó a los profesionales sobre el procedimiento a seguir en el momento en que el paciente solicite esta prestación de ayuda para morir, y sobre las situaciones que podemos encontrar (derecho a la objeción de conciencia, qué ocurre si la persona solicitante de la prestación no es competente para decidir, respuesta negativa por parte del médico consultor ante la solicitud...).

Conclusiones: aumento de la seguridad y de los conocimientos por parte de los profesionales del centro de atención primaria. La sesión recibió muy buena crítica, los profesionales manifestaron la importancia de aumentar los conocimientos respecto a este campo y la gran utilidad de la sesión.

Aplicabilidad: conocimientos aplicables en la práctica diaria de la atención primaria, cuyos profesionales son el primer escalón en la atención de la salud para los pacientes, y son los primeros responsables de atender esta demanda.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BERTA BERTRANS VILARÓ
LAURA CAMPS VILÀ

Contacte:
bbertransvilario24@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7281

Buscant una línia molt fina

Motiu de consulta: home de 57 anys que consulta a atenció primària per gonàlgia esquerra.

Història clínica: el pacient no presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes. Nega hàbits tòxics. Com a antecedents personals destaca hipertensió arterial en tractament dietètic. Consulta per gonàlgia esquerra d'un any d'evolució amb episodis de brots de dolor i signes inflamatoris que solen durar una setmana. L'últim any ha presentat 3 episodis. Es pren antiinflamatoris durant 5 dies i millora parcialment. Nega traumatismes previs. Nega episodis en altres articulacions. Nega febre. En l'exploració física destaca mínim vessament articular al genoll esquerra. En el moment actual no presenta signes inflamatoris. Davant del cas del pacient es planteja el diagnòstic diferencial amb malalties osteoarticulars, com les artritis microcristal·lines. Se sol·licita una analítica sanguínia que no mostra alteracions, amb nivells d'uricèmia <4 mg/dl i una radiografia de genoll que mostra una línia molt fina interarticular suggestiva de calcificació cartilaginosa. S'inicia pauta de colquicina de 1 mg cada 24 h durant 3 mesos. En els següents dos mesos, el pacient no presenta nous episodis d'artritis.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: Les malalties osteoarticulars són un dels motius de consulta més freqüents a atenció primària. La condrocalcinosi és una malaltia caracteritzada pel dipòsit de cristalls de pirofosfat càlcic. A nivell clínic és gairebé indistingible amb la gota. No obstant això, a la radiografia es visualitza la calcificació cartilaginosa interarticular. En pacients amb episodis recorrents està demostrat que es poden beneficiar d'una pauta de manteniment amb colquicina a dosis 0,5-1 mg. Així doncs, l'atenció primària esdevé en la majoria de casos el primer contacte que té el pacient amb el sistema sanitari, per això és important tenir en ment la condrocalcinosi, també anomenada *pseudogota*, en el diagnòstic diferencial dels adults que consulten per episodis d'artritis aguda.

MARTA MONJO GARRIGA
PAU GRANERO FRIGOLS
CARLA RIBAS ROVIRA

Contacte:
7519@cst.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7282

Ferida que no es guareix

Àmbit del cas: atenció primària

Motiu de consulta: ferida que no millora.

Història clínica: pacient, dona de 73 anys.

Antecedents patològics: leucèmia limfoide crònica estable des del 2019, hipercolesterolèmia, hipertensió arterial.

Anamnesi: consulta per ferida al segon dit de la mà dreta, produïda fa 5 setmanes, que persisteix envermellida i amb supuració malgrat que ha rebut tractament antibiòtic en dues ocasions (amoxicil·lina/clavulànic i ciprofloxacina), i diverses valoracions per infermeria del centre d'atenció primària.

Exploració física: lesió nodular violàcia a cara lateral del segon dit de la mà dreta. A banda d'aquesta primera lesió inicial, la pacient presenta dues noves lesions nodulars eritematoses a distància de la primera, al dors de la mà i a l'avantbraç, amb distribució lineal.

Exploracions complementàries: radiografia de mà dreta: no signes d'osteomielitis.

Reinterrogant la pacient sobre el mecanisme de la lesió, la pacient ens explica que la ferida inicial se la va fer netejant el filtre de l'aquari.

Evolució: sota la sospita clínica d'infecció per *Mycobacterium marinum* s'inicia tractament amb minociclina 100 mg/12 h, i es consulta a dermatologia i a la unitat de malalties infeccioses, que confirmen el diagnòstic i mantenen el mateix tractament durant 2 mesos, amb millora progressiva i resolució del quadre.

Conclusions: davant de lesions cutànies d'evolució tòrpida, que inclouen traumatismes que alteren la integritat cutània i contacte amb fonts aquàtiques o animals, cal tenir en compte la possibilitat de infecció per *M. marinum* (bacteri sapròfit ambiental present en medis aquàtics, sobretot en aigua estancada).

En un 35% dels cassos apareixen lesions nodulars múltiples seguint el trajecte dels vasos limfàtics, l'anomenat patró *esporotricoides*, com va ser en el nostre cas.

El tractament d'aquestes lesions és llarg, i es recomana mantenir l'antibiòtic fins a 4-6 setmanes després de la resolució clínica (cosa que implica un tractament de diversos mesos).

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMA ESTRADA BANCELLES
MIREIA HERNÁNDEZ MACHADO
REBECA SEGURA BORRÁS

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7283

Malformació limfàtica en el lactant, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: nena de 2 mesos. La seva mare la duu a atenció continuada per tumoració laterocervical que s'ha anat fent gran en unes 4 setmanes.

Història clínica: antecedents de gestació bessona bicorial biamniòtica. Fecundació *in vitro*. Part eutòcic a les 37 + 3 setmanes de gestació. Dificultat respiratòria en un context de laringitis (la mateixa simptomatologia que la germana). Lactància correcta.

Judici clínic: en la inspecció impressiona la tumoració laterocervical esquerra, de consistència tova, posterior al esternoclidomastoidal.

Ecografia 17/12: s'observa una lesió quística de 45 mm x 23 mm posterior als vasos carotidiuugulars i al múscul esternoclidomastoidal, en probable relació amb limfangioma quístic de distribució lliure.

Diagnòstic diferencial: teratoma quístic benigne, hemangiomes, anomalies de l'arc braquial i del conducte tiroglòs i torticoli congènita.

Tractament i plans d'actuació: Encara que el tractament és quirúrgic, en el nostre cas es va fer un control ecogràfic 3 mesos després i es van donar normes de reconsulta (si augment o dificultat respiratòria, tornar a consultar)

Conclusió: almenys el 90% de tots els limfangiomes cursen asimptomàtics i es localitzen amb més freqüència a la regió cervical, darrere del múscul esternoclidomastoidal. Generalment es presenta en el moment del naixement i de vegades fins als 3 anys, amb augment progressiu de la seva mida. Quant a la seva presentació, es planteja que no hi ha diferències entre un sexe o un altre, però alguns autors refereixen que el 86,7% dels afectats són del sexe masculí. Tot i que l'higroma s'associa sovint amb anomalies cromosòmiques, en aquest pacient els resultats de l'estudi van ser normals. El diagnòstic es basa fonamentalment en la clínica, per la presència d'un tumor ple de líquid, ubicat al coll o al clatell.

CINTA DE DIEGO CABANES
ANGEL VILA CÔRCOLES
M^a JOSÉ FORCADELL PERIS
EVA SATUÉ GRACIA
ANGEL VILA ROVIRA
YOLANDA ORTEGA VILA

Contacte:
mcdiego.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7284

Evolució de la incidència de pneumònia en adults >50 anys a Catalunya després de la introducció de la vacunació infantil universal amb la VNC13 a pediatria

Objectiu: analitzar l'evolució de la incidència de pneumònia (pneumocòccia o per qualsevol etiologia) en adults de Catalunya després de l'aprovació i implementació del finançament públic universal de la vacuna antipneumocòccica conjugada tridecavalent (VNC13) a pediatria.

Metodologia: estudi de cohorts retrospectiu de base poblacional (expedient FIS PI20/01223), que va incloure totes les persones >50 anys assignades a 274 CAP de l'ICS a tot Catalunya (2.025.730 persones l'1 de gener de 2015 i 2.059.645 l'1 de gener de 2017). Es van registrar tots els casos d'hospitalització per pneumònia pneumocòccica (PP), per altres microorganismes (PAM) i per etiologia desconeguda (PED) esdevinguts entre els membres de la cohort durant 2015/2016 i 2017/2018 (biennis pre- i postaprovació finançament públic universal de VNC13 a pediatria) mitjançant explotació del conjunt mínim bàsic de dades CMBD (altes hospitalàries) dels 64 hospitals de referència de la cohort. Per comparar incidències entre ambdós períodes, es van calcular les raons d'incidència (RI) amb els corresponents intervals de confiança (IC) al 95%.

Resultats: els membres de la cohort van ser observats per un total de 3.897.151 persones-any durant 2015/2016 i 3.958.528 persones-any durant 2017/2018, i es van registrar 3.259 PP, 4.557 PAM i 16.263 PED el 2015/2016, en comparació amb 3.592 PP, 5.145 PAM i 15.399 PED el 2017/2018. Es va observar un augment d'incidència del 8,5% per a PP (RI: 1,09; IC95%: 1,03-1,14) i del 11,2% per a PAM (RI: 1,11; IC95%: 1,07-1,16), mentre que per a PED va disminuir al 6,8% (RI: 0,93; IC95%: 0,91-0,95). En total, es va observar una reducció no significativa de l'1,3% a la incidència total de pneumònia per qualsevol etiologia (RI: 0,99; IC95%: 0,97-1,00).

Conclusió: les dades inicials no evidencien un impacte significatiu en la incidència de pneumònia (pneumocòccia i per qualsevol etiologia) en la població >50 anys de Catalunya durant els dos primers anys després de l'aprovació del finançament públic universal de la VNC13 en nens.

IDIR LARRUD BEN SI MOHAN
CLARA GASCÓN MORA
DANIÉLA BUTANCIU
ALEJO HUELIN DE SANTIAGO
ELISENDA MAGRANÉ FRANCESCH
ANTONI SANTIGOSA AYALA

Contacte:
tsantigosa.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7285

Realitat de la insuficiència renal crònica i el desajustament de fàrmacs

Objectiu: descriure les característiques dels pacients amb malaltia renal crònica (MRC) i avaluar l'ajustament de dosi de fàrmacs en aquesta patologia. Està prevista una segona fase de l'estudi després d'una intervenció a l'equip per avaluar l'efectivitat en termes de detecció i maneig d'aquests pacients.

Material i mètodes: en un equip amb 10.822 pacients assignats, revisem la història clínica dels pacients >15 anys amb diagnòstic de MRC. Valorem antecedents mèdics, dades analítiques dels darrers 2 anys i la prescripció activa dels següents grups farmacològics: analgèsics, antiinflamatoris no esteroïdals, antihipertensius, hipoglucemiants, antibiòtics, hipolipemians i anticoagulants orals. Considerem com a referència les recomanacions fetes per la Societat Espanyola de Nefrologia a l'hora d'ajustar els fàrmacs.

Resultats: s'avaluen un total de 278 persones (prevalença del 2,6%). Un 55,6% de la mostra són dones i l'estadi més prevalent és el G3B, segons les guies KDIGO. Un 71,3% de la mostra és fumadora activa, un 50,6% tenen diabetis mellitus de tipus 2, un 10,7%, hipertensió i un 39,8%, dislipèmia. La prevalença de microalbuminúria és del 45,4%.

El grup farmacològic més prescrit ha estat els antihipertensius amb un 90,4% i el que menys ajustament rep segons el grau d'insuficiència renal és el dels hipoglucemiants orals amb un 21,9%, seguit dels antihipertensius (14,2%).

Valorant les diferències entre els professionals prescriptors, n'hi ha de significatives en l'ajustament dels antihipertensius ($p < 0.01$) i també dels hipoglucemiants ($p < 0.01$).

Conclusions: la prevalença esperada de malaltia renal crònica al nostre entorn és del 15%, molt per sobre de l'observada per nosaltres. Destaca l'alt percentatge de fàrmacs no ajustats a la funció renal en tots els grups farmacològics avaluats, especialment pel que fa als hipoglucemiants. Hem dissenyat una intervenció a l'equip en forma de sessions clíniques per millorar la detecció de malaltia i l'ajustament farmacològic, i ho reavaluarem un any després.

IMMACULADA FROU LLENAS
DANIEL ALCANTARILLA ROURA
MAR LLOBET ESTEBAN
NURIA MORLAN SÁNCHEZ

Contacte:
ifrou.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7287

Organització de l'objecció de consciència en un centre d'atenció primària

Experiència tipus organitzatiu:

1. Objectius de l'experiència:

- Organitzar dins l'equip l'atenció que han de rebre els pacients que facin una demanda d'eutanàsia i un dels membres de la seva UBA o els dos siguin objectors de consciència o bé estiguin absents del centre per una baixa laboral llarga.
- Crear un circuit per solucionar aquesta situació.
- Conèixer dins l'equip qui és objector.

2. Descripció de l'experiència: vam fer una reunió amb els professionals implicats. Es va comprovar que no hi havia problema per posar en coneixement dins de l'equip qui eren els objectors. I es va decidir que els que ho fossin ho transmetrien a la direcció i que ho farien oficial en el registre pertinent que existeix per a aquest motiu.

La manera fou a través d'un correu electrònic de la direcció a cadascú de l'equip.

Després es va decidir que en cas d'objecció de consciència el metge objector passaria a algú altre de l'equip el cas. El mateix des d'infermeria.

El metge objector acompanyarà el pacient a la seva nova UBA i es presentarà el cas.

L'ordre dins de l'equip per adjudicar el traspàs s'ha fet amb un sorteig previ.

3. Conclusions: pensem que aquest circuit deixa clares les accions a prendre si algun professional és objector.

Està organitzats soluciona el problema de la incertesa que afecta el metge objector i el pacient sol·licitant.

4. Aplicabilitat: arrel de l'aplicació de la llei de l'eutanàsia 3/2021 en tots els equips d'atenció primària s'hauria de tenir un pla per gestionar l'existència de professionals objectors de consciència. I també per gestionar l'absència de professionals.

L'objecció de consciència dels professionals crea una interrupció del dret d'assistència dels pacients i una bona opció és tenir resolt aquest problema abans que aparegui.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NEUS MARTÍNEZ MARTÍNEZ
CORAL ABAD NAVARRO
ANNA ISABEL PELLICER SANAHUJA

Contacte:
nmartinez@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7288

La culpa va ser del magnesi

Àmbit del cas: atenció primària i urgències d'atenció primària (CUAP).

Motiu de consulta: pacient amb palpitations des de fa 3 mesos.

Dona de 74 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia mixta i tumor desmoide a àpex dret que va precisar intervenció quirúrgica fa 20 anys.

Des de desembre de 2021 presenta malestar general amb sensació d'opressió toràcica i palpitations, atribuïdes a possible quadre d'ansietat després de la valoració de la seva metgessa de capçalera habitual. Un cap de setmana, mentre estava de visita a casa del fill en una altra població, presenta empitjorament del dolor toràcic. Acudeix al CUAP de zona, on destaca una exploració física anodina i un electrocardiograma compatible amb la normalitat. Degut a les característiques clíniques del dolor, es deriva la pacient a urgències hospitalàries on es descarta l'origen coronari, però es diagnostica d'hipopotassèmia lleu (K: 3,1 mmol/l). És donada d'alta amb el tractament de potassi oral i control pel seu metge d'atenció primària.

Al cap d'una setmana d'iniciar el suplement de potassi, la pacient refereix millora clínica amb resolució de les palpitations, però destaca a l'anàlisi de control un potassi de 6,4 mmol/l (hiperpotassèmia moderada), motiu pel qual es recomana retirada del suplement amb empitjorament de nou els dies següents.

Davant aquest quadre fluctuant, es decideix realitzar una anamnesi més exhaustiva on es detecta que des de feia 6 mesos la pacient havia abandonat el seu tractament crònic amb magnesi, sent aquest el causant de la desregulació del potassi. Amb la reintroducció de nou del suplement, la pacient retorna al seu estat basal.

Conclusions: l'anamnesi és l'eina bàsica per un metge d'atenció primària i davant d'una alteració del metabolisme del potassi sense clínica aguda cal pensar sempre en el magnesi.

RAÏL SÁNCHEZ LUIS
ANA RIPOLL RAMOS
CARLOTA SANAHUJA SUBIRANA
ALICIA VIDAL PORTA
IRATXE FONTCUBERTA MUNARRIZ
TORRABADILLA GOMARIZ ANDREA

Contacte:
raulsanchez@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7289

El que hi ha darrera del mal control glicèmic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu consulta: home de 80 anys consulta per mal control glicèmic, astènia i pèrdua de pes.

Història clínica: antecedents patològics. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Exfumador 10 paq/any. Diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) des del 2005. Dislipèmia. Hiperplàsia benigna de pròstata.

Tractament habitual: sitagliptina/metformina 50/1000 mg/12 h, simvastatina 20 mg/24 h, àcid acetilsalílic 100 mg/24 h, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg/8 h.

Anamnesi: es realitza consulta telefònica per hemoglobina glicada (HbA1c) 10,5%. S'intensifica tractament afegint dapaglifozina 10 mg/24 h. Posteriorment, acut al centre d'atenció primària després de 4 mesos per astènia, pèrdua de 15 kg de pes i canvis en el ritme deposicional: refereix femta més pastosa. Persisteix amb mal control glicèmic i s'afegeix anàleg d'insulina basal.

Proves complementàries: analítica: Hb1Ac 10%, VSG 15 mm/h i neutrofilia. Ecografia abdominal: pseudopòlips vesiculars i pàncrees parcialment visualitzat sense lesions aparents. Radiografia de tòrax: absència d'alteracions significatives. Marcadors tumorals: Ca 19.9 124,6 U/ml. Tomografia computada abdominal amb contrast: augment de grandària del cap pancreàtic (43 mm) amb morfologia nodular i aspecte heterogeni sospitós de neoformació. S'observen dues lesions quístiques a la cua pancreàtica de 32 mm i 23 mm, de parets fines. S'observen múltiples calcificacions i dilatacions que suggereixen pancreatitis crònica. No hi ha adenopaties regionals.

Diagnòstic diferencial: mal control metabòlic de la DM2. Carcinoma de pàncrees. Pancreatitis crònica per causa farmacològica. Insuficiència pancreàtica exocrina amb malabsorció i pèrdua de pes.

Pla d'actuació: ecoendoscòpia + punció per agulla fina. Anatomia patològica: carcinoma ductal.

Evolució: es presenta al comitè oncològic i es programa duodenopancreatectomia total.

Conclusions: la continuïtat assistencial de la nostra especialitat ens permet conèixer en profunditat els nostres pacients. En aquest cas, el fet de saber que es tractava d'un pacient molt disciplinat i conscienciat amb la seva patologia ens va alertar per realitzar un diagnòstic diferencial més ampli que la transgressió dietètica o el mal compliment del tractament.

SILVIA GRACIA AGUIRRE
LAURA ILLAMOLA MARTÍN
ELENA DE FRUTOS ECHÁNIZ
MARC ALBIOL PERARNAU
MARI CARMEN MARTÍNEZ GARCÍA
CRISTINA GARCÍA SALA

Contacte:
silviagraciabcn@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7290

Brot d'escabiosi durant la pandèmia COVID-19 a un centre d'atenció primària

Objectius: davant la percepció d'un augment de la incidència de casos d'escabiosi durant el període de pandèmia de la COVID-19, es decideix:

- Quantificar el nombre de casos de sarna visitats en un període de temps determinat, del 26 de novembre de 2021 al 26 de gener de 2022.
- Millorar el diagnòstic d'aquesta dermatosi (ús del dermatoscopi).
- Valorar la relació amb la infecció de la COVID-19.

Material i mètodes: disseny: estudi observacional descriptiu en un centre d'atenció primària (CAP) urbà.

Es realitza una sessió clínica amb data de 26 de novembre de 2021 per a la formació de l'equip sanitari en l'escabiosi: criteris diagnòstics (incloent dermatoscòpia), tractament (tòpic i oral) i criteris de derivació a dermatologia.

Criteris d'inclusió: pacients majors de 15 anys del nostre CAP amb sospita d'escabiosi visitats entre el 26 de novembre de 2021 al 26 de gener de 2022.

Es reparteixen al personal sanitari fulls de recollida de dades amb les següents variables:

Edat, sexe, afectació de convivents, dermatoscopi (signe ala delta), recidiva, tractament (tòpic, via oral), infecció per la COVID-19 els 3 mesos previs, derivació a dermatologia.

Resultats: en el període esmentat es van visitar 37 pacients amb sospita d'escabiosi. 47% dones, 53% homes. 47% recidiva i un 50% de no recidiva. 63% de tractament tòpic, 37% oral. 18% COVID-19 recent, 82% no COVID-19 recent. Derivació dermatologia: 5%.

Conclusions: l'escabiosi és una patologia amb una incidència important durant la pandèmia de la COVID-19 per l'augment de convivència dins els domicilis i el retard en el 1r contacte amb el CAP. Destaquen l'elevat nombre de casos de recidiva (47%) i l'ús del tractament oral amb ivermectina (37%), que s'ha utilitzat en casos de recidiva, mai com a primera opció. Només observem infecció per la COVID-19 els 3 mesos previs en un 18% dels pacients.

ANDREA CATALÁN MORALES
ANDREA HERNÁNDEZ ESCAMEZ
JUDITH GINESTA GIL

Contacte:
andream93@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7291

Fibrilación auricular de debut con sorpresa

Àmbit del caso: servicio de urgencias.

Motivo de consulta: hombre de 82 años derivado de atención primaria (AP) por fibrilación auricular (FA) de debut.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: independiente para actividades básicas de la vida diaria, CFS 2. Hiperplasia benigna de próstata (tebetane c/24 h), dislipemia y sobrepeso. Acude a urgencias desde AP por FA de debut. Explica clínica de 24 h de evolución de dolor epigástrico irradiado a centrotorácico y disnea de esfuerzo, no otra clínica acompañante. En exploración física destaca tonos cardiacos taquicárdicos, arrítmicos. Se realizan las siguientes exploraciones: electrocardiograma con taquicardia irregular a 135 lpm, correspondiente a FA, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización; analítica sanguínea con deterioro de la función renal, pro-BNP 4401 y curva de troponinas plana; radiografía tórax con patrón congestivo y ensanchamiento mediastínico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. En base a exploraciones clínicas, paciente HDME y asintomático, se prioriza tratamiento y control FA. Con ello el paciente presenta un deterioro hemodinámico con hipotensión y dolor torácico que motiva la realización de una tomografía computarizada (TAC) toracoabdominal.

Tratamiento y planes de actuación. TAC toracoabdominal informa de aortomegalia aórtica no complicada, se realiza una ecocardiografía ETT en la que evidencian una insuficiencia aórtica grave con fracción de eyección del ventrículo izquierdo disminuida, por lo que se decide traslado.

Evolución. Se realiza sustitución valvular aórtica y de aorta ascendente, con postoperatorio correcto y tratamiento anticoagulante, con control de frecuencia y control de los factores de riesgo cardiovascular al alta.

Conclusiones y aplicabilidad a la medicina de familia: no debemos olvidar que nosotros valoramos al paciente en su globalidad y, en este caso, solo nos centramos en lo evidente y motivo de derivación: la FA. Obviamos el ensanchamiento mediastínico de la placa de tórax lo que nos llevó a cometer el error de no realizar el diagnóstico diferencial de patología aórtica aguda así como inestabilizar hemodinámicamente a un paciente con patología potencialmente urgente.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANDREA CATALÁN MORALES
ANDREA HERNÁNDEZ ESCAMEZ
JUDITH GINESTA GIL

Contacte:
andream93@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7292

Doctora, mi motivo de consulta era otro

Àmbit del cas: atenció primària.

Motivo de consulta: hombre de 65 años que consulta por sensación de cuerpo extraño en ojo derecho de 5 días de evolución.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: hipotiroidismo (Eutirox® 50 mcg/24 h). No hábitos tóxicos. Acude a visita por sensación de cuerpo extraño en ojo derecho de 5 días de evolución. Lo relaciona con caída casual en domicilio mientras guardaba leña. Niega contusión en cabeza, extremidades u otra clínica acompañante, pero durante la visita se observa impotencia funcional de la mano izquierda. En la exploración física destaca úlcera del corneal ojo derecho al realizar tinción con fluoresceína y dolor + impotencia funcional de la muñeca izquierda con nervio distal conservado. Resto de exploración física normal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Ante la sospecha de una posible fractura de muñeca izquierda secundaria a caída, se solicita radiografía anteroposterior y lateral de muñeca izquierda, donde se observa fractura metafisaria en pilar medial del radio articular con fragmento dorsal y volar, además de longitudinal medial.

Tratamiento y planes de actuación. Ante el hallazgo de fractura radial se realiza inmovilización provisional y cabestrillo, y se deriva el paciente a urgencias de traumatología para valoración. Se realiza allí inmovilización con yeso antebraquial circular, se indica intervención quirúrgica y se cursa preoperatorio (radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica). En un segundo tiempo se realizó abordaje con Orbay para reducción abierta y osteosíntesis con placa.

Evolución. Durante el postoperatorio presentó infección de herida quirúrgica con requerimientos de antibioterapia. En el momento actual, se encuentra en rehabilitación con evolución favorable.

Conclusiones y aplicabilidad medicina de familia: en atención primaria, en numerosas ocasiones el motivo de consulta suele ser diferente del problema o de la preocupación real del paciente, de ahí la importancia de no olvidar una valoración integral del paciente y saber detectar los posibles problemas subyacentes, así como realizar una buena prevención.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA
JUAN MANUEL GARASA VELASCO
SALVADOR ROIG BERZOSA

Contacte:
enea833@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7294

Espondilodiscitis fulminant

Àmbit del cas: Atenció primària i serveis d'urgències.

Motiu de consulta: ciatàlgia esquerra + hematomes + hemoptisi.

Historia clínica: enfocament individual. Antecedents personals: no al·lèrgies medicamentoses. Fumador. Enolisme crònic.

Antecedents patològics: hipertensió i dislipèmia en tractament farmacològic, glicèmia basal alterada, anèmia per déficit d'àcid fòlic i vitamina B12 en tractament, miocardiopatia dilatada, hepatopatia crònica enòlica, polineuropatia sensitiva de probable origen enòlic amb artropatia de Charcot i fractura-luxació de turmell dret antiga atraumàtica que va requerir amputació infratuberositària per destrucció articular; parcialment dependent per a les activitats bàsiques de la vida diària.

Anamnesi: diverses consultes a atenció primària per ciatàlgia esquerra de característiques mecàniques, sense traumatisme ni mal gest previ, d'un mes d'evolució, que no responia a analgèsia.

Consulta a urgències d'atenció primària per aparició sobtada d'hematoma a nivell de l'epigastri, aixella i dors de la mà esquerra i hematomes de menor diàmetre a altres zones abdominals, zona inguinal esquerra i extremitats superiors amb episodi autolimitat d'hemoptisi. Es deriva a urgències hospitalàries.

Exploració física: Afebril, normotens.

Proves complementaries: en l'analítica destaca reagudització de l'anèmia amb plaquetopènia; requereix transfusió de vuit concentrats d'hematies.

Ecografia abdominal + tomografia computada toracoabdominal + estudi endoscòpic digestiu + aspirat medul·lar que únicament mostren hepatopatia crònica amb esplenomegàlia. Resonància magnètica que objectiva aixafament d'L4.

Evolució, tractament i plans d'actuació: durant l'ingrés presenta empitjorament clínic amb deteriorament de la funció renal, signes d'encefalopatia hepàtica i elevació dels reactants de fase aguda.

Se sol·liciten hemocultius i s'inicia tractament amb albúmina i antibioteràpia empírica, que es canvia per cloxacil·lina i daptomicina quan es reben els resultats dels hemocultius; troballa d'*Staphylococcus aureus*.

Finalment, fracàs multiorgànic i èxitus.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: espondilodiscitis per *S. aureus*.

Conclusiones: a més reconsultes més alerta.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MERCÈ GIL I BOFILL
MIRANDA MADALA MUNT

Contacte:
mercegil4@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7295

Per què has trigat tant a venir?

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor a l'extremitat superior dreta de 3 mesos d'evolució.

Història clínica: enfocament individual.

Dona de 45 anys, natural de Pakistan, amb barrera idiomàtica total.

Antecedents personals: carcinoma ductal infiltrant a mama dreta el 2014, triple negatiu, diagnosticat i tractat al Pakistan.

Acudeix sola al centre d'atenció primària i refereix dolor a l'extremitat superior dreta des de fa 3 mesos, estenent-se del trapezi fins al colze. L'exploració física revela dolor a la palpació de paret toràcica i dorsal dreta, amb mobilització dolorosa en tots els eixos. S'orienta com a dolor mecànic.

Es realitza seguiment telefònic en anglès a través de la filla, fins que la pacient torna a acudir de forma espontània presencialment després de 3 setmanes d'analgèsia convencional sense millora. Se li realitza una radiografia de tòrax que mostra una massa pulmonar de 6 cm x 8 cm en el lòbul superior dret. A l'anamnesi dirigida refereix pèrdua de 2 kg de pes el darrer mes, anorèxia i vòmits alimentaris, juntament amb marcada astènia.

Enfocament familiar i comunitari: nivell socioeconòmic baix.

Diagnòstic diferencial: massa pulmonar (tumor primari vs. recidiva neoplàsica de mama).

Pla d'actuació: es deriva la pacient a la unitat de diagnòstic ràpid de pulmó.

Evolució: se li realitza tomografia computada toràcica i biòpsia transtoràcica. Posteriorment, la pacient refereix que des de fa 2 mesos presenta episodis de cefalea hemicranial, que no havia comentat prèviament. Després de completar-se l'estudi, es confirma recidiva de càncer de mama amb metastasis cerebrals i s'inicia tractament amb quimioteràpia, radioteràpia i cirurgia.

Conclusions: la barrera idiomàtica dificulta l'accés al sistema sanitari, empitjora l'evolució i els resultats de salut dels pacients. Caldria trobar recursos per reduir la desigualtat que suposa. És important ampliar l'estudi del dolor que no remet amb analgèsia convencional. Tenir en compte els antecedents dels pacients ens pot ajudar a orientar el cas.

ISABEL BERMÚDEZ MADRIGAL
ESTER RAS VIDAL
ELISABETH TAPIA BARRANCO
XAVIER FLORESVI AUBIA
JOAN BOJ CASAJUANA
JOSEP BALSSELLS GHIGLIONE

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7296

COVID-19 i la malaltia cardiovascular a l'atenció primària

Objectiu: avaluar l'evolució dels indicadors de qualitat assistencial utilitzats quan es quantifica el seguiment i el control de la malaltia cardiovascular (MVC) en atenció primària (AP) en el context de la pandèmia de la COVID-19, fins a l'actualitat.

Metodologia: estudi observacional descriptiu i retrospectiu en un centre d'AP urbà que atén 20.805 habitants. Revisem dades del Sistema d'Informació dels Serveis d'atenció primària (SISAP) des de l'inici de la pandèmia fins al desembre de 2021. Dades: qualitat diagnòstica, prevenció primària, secundària, quaternària, capacitat resolutiva, seguiment i resultats en el tractament i grau de control.

Resultats: dades del SISAP de gener de 2020: la qualitat diagnòstica d'MCV era del 81,34% i va passar al 75,5% el desembre de 2020 i al 73,44% en les dates actuals; prevenció primària: 56,94% gener-20 vs. 46,27% desembre-20 vs. 52,41% actual; prevenció secundària: 67,09% gener-20 vs. 44,17% desembre-20 vs. 65,80% actual; prevenció quaternària: 3,29% gener-20 vs. 3,36% desembre-20 vs. 3,99% actual; capacitat resolutiva: 71,43% gener-20 vs. 68,88% desembre 20 vs. 67,11% actual; seguiment: 87,14% gener-20 vs. 69,18% desembre-20 vs. 81,20% actual; resultats en el tractament i de grau control; 84,46% gener-20 vs. 83,87% desembre-20 vs. 83,96% actual. Indicador més afectat: el control de la tensió arterial, que en persones hipertenses va passar del 72,23% gener-20 al 46,40% desembre-20. En els pacients diabètics el control tensional va passar del 78,94% al 52,54% i en els pacients amb insuficiència renal crònica del 78,98% al 52,21%. Contràriament, el càlcul risc cardiovascular va ser el paràmetre amb menor disminució (95,60% gener-20 vs. 94,18% desembre-20). Dades actuals: bon control de la tensió en diabètics (78,22%), hipertensos (62,70%) i insuficiència renal (74,25%).

Conclusions: durant el primer any de la pandèmia, tots els estàndards de qualitat assistencial d'MCV van disminuir, especialment els relacionats amb les prevencions primària i secundària. El control de la tensió va ser el factor més afectat. Poc a poc, amb la readaptació de la primària davant la nova realitat s'observa un impacte positiu en els diferents marcadors.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

Laura Ojeda Calero
Ester Ras Vidal
Elisabeth Tapia Barranco
Ana Belen Castellvi Margalef
Isabel Sánchez-Oro Valles
Anna Maria Isach Subirana

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7297

El médico de familia y la esteatosis hepática no alcohólica

Objetivo: conocer la prevalencia puntual de la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en pacientes con hipertransaminasemia asintomática (HTM) en control analítico y valorar los factores asociados.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Área básica de salud urbana. Muestra aleatoria de 244 pacientes con diagnóstico HTM registrado en su historia clínica, excluyendo pacientes con enfermedad hepática conocida y pacientes desplazados. Calculada con prevalencia del 50%, precisión 0,05 y error alfa del 5%. Analizamos variables sociodemográficas, clínicas, hábitos tóxicos, consumo fármacos hepatotóxicos, valores analíticos función hepática y seguimiento diagnóstico, solicitud ecografía abdominal y derivación especialista. Análisis estadístico SPSS.

Resultados: muestra inicial de 244 pacientes con HTM. Se descartan 46 pacientes por consumo tóxico de alcohol, 49 por consumo de fármacos hepatotóxicos, 13 por hepatopatía vírica, 2 por procesos autoinmunes con afectación hepática y 1 por hemocromatosis. Muestra final: 133 pacientes. 69 presentan ecografía normal y para 10 no consta resultado ecográfico. Obtenemos al final 54 pacientes con EHNA: prevalencia puntual 22,13%. 63% hombres (diferencias significativas por sexo $p < 0,01$), edad media $60,8 \pm 14,2$ años, 50% obesos, 22,2% con sobrepeso, 51,9% hipertensos, 29,6% diabéticos (diferencia significativa $p < 0,012$ por sexo, más las mujeres), 48,01% dislipemia, 20,4% fumador ($p < 0,05$ hombres). Valores analíticos: alteración GOT 53,7%, valores dobles al normal 13,7%; alteración GPT 79,6% y valor doble, 53,4%; alteración GGT 75,92%; alteración GOT + GPT en la misma analítica 46,29%. Ecografía hepática: 61,2% esteatosis leve, 5,4% moderada y 33,4% grave. El 37% fueron derivados al especialista.

Conclusiones: el diagnóstico de EHNA debe sospecharse ante un paciente hombre obeso, hipertenso y dislipémico, que presenta cifras alteradas de la función hepática, clínica poco específica y con técnicas de imagen que muestran esteatosis. Es importante detectarlo de forma precoz para incidir sobre los factores asociados y evitar evolución a formas graves.

Isabel Bermudez Madrigal
Laura Ojeda Calero
Melodie Rodríguez García

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7298

Glomerulonefritis intersticial

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

Motivo de consulta: fiebre de 1 día de evolución con hematuria macroscópica y vómitos.

Historia clínica: hombre de 47 años con consumo de alcohol, con síndrome de Parkinson-White tratado, que consulta por dolor abdominal a nivel de la fosa iliaca derecha, desde esta mañana. Tras la vacunación de la 3.ª dosis de la COVID-19 refiere náuseas con vómitos, acompañados de hematesis. Fiebre de hasta 38,5 °C. Oliguria y hematuria. Comenta episodio similar de menor gravedad tras la administración de la 2.ª dosis. En ambas ocasiones vacunado con Pfizer.

Exploración: test de antígenos rápido: negativo. Escala visual analógica (EVA): 7/10.

FC: 105 lpm; TA: 130/79 mmHg. Temperatura 38,0 °C SatO2 99%.

Abdomen: dolor a la palpación en ambas fosas renales. Puñopercusión bilateral positiva.

Radiografía de abdomen: sin datos de patología.

Labstick: leucocitos - hematuria +++.

Juicio clínico: se deriva a urgencias del hospital para descartar pielonefritis. Insuficiencia renal aguda (IRA) y litiasis renal también como diagnóstico diferencial.

Evolución: en el hospital se descarta pielonefritis por sedimento y analítica sin datos de infección. Se descarta litiasis renal ante la ausencia de imagen compatible en ecografía y radiografía. Destaca IRA con filtrado glomerular 62,1 y creatinina 1,35. Se administró sueroterapia y analgesia. Gran mejoría, por lo que se orienta como una reacción adversa de la vacuna. Caso compatible con glomerulonefritis intersticial por la vacuna, de la que se han encontrado casos similares. Pero no se rellena la tarjeta amarilla de farmacovigilancia.

Conclusión: la farmacovigilancia es esencial para evaluar la seguridad de todos los fármacos. Y aún más cuando se refiere a un fármaco que no ha disminuido el tiempo en cada fase de ensayo clínico y que se está usando en toda la población.

ISABEL BERMÚDEZ MADRIGAL
MIREIA GARCÍA-VILLARRUBIA MUÑOZ
ARANTXA OSES VIÑAS

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7299

Fiebre sin focalidad

Ámbito del caso: consultas de atención primaria y unidad de diagnóstico rápido (UDR) del hospital.

Motivo de consulta: fiebre recurrente.

Historia clínica: mujer de 67 años que acude por febrícula no termometrada, diaria y con cefaleas. Trabaja en la limpieza de un hospital psiquiátrico.

Citamos a la semana siguiente con temperatura tomada varias veces, que demuestra fiebre de hasta 38 °C, con fiebre media de 37,5 °C.

Solicitamos analítica con hemograma completo y serologías para virus de Epstein Barr, citomegalovirus, hepatitis B y C, virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), velocidad de sedimentación (VSG) y marcadores tumorales.

En la analítica aparecen alteradas las serologías de VIH y hepatitis C.

La paciente niega relaciones sexuales de riesgo, niega consumo de drogas y niega pinchazos accidentales en su lugar de trabajo.

Exploración: anodina, no se palpan adenopatías. Piel normocoloreada. En consulta no se demuestra fiebre.

Juicio clínico: ante los datos de la analítica se decide derivación a UDR para completar el estudio y valorar la carga viral de ambos virus y la cuantificación de leucocitos CD4 para poder iniciar tratamiento.

Evolución: en las analíticas complementarias se demuestran datos de primoinfección de ambas patologías y se inicia tratamiento con retrovirales desde UDR en menos de siete días desde los resultados de la primera analítica.

En consulta, nosotros iniciamos apoyo a la paciente para el proceso de aceptación de su nueva realidad.

Conclusión: el papel que juega la atención primaria como filtro es imprescindible. Al ser capaz de reconocer los casos que necesitan atención preferente por parte del especialista. Esta tarea solo se puede realizar exitosamente a través de la holística mirada del médico de familia. Comprendiendo que derivar no es desentenderse y que la atención no acaba ahí.

EULÀLIA BORRELL THIÓ
SUSANA ERAZO ALIATIS
NÚRIA MONTELLÀ JORDANA
EDUARD MORENO GABRIEL
XAVIER MEZQUIRIZ FERRERO
PERE TORAN MONSERRAT

Contacte:
lali.borrell.thio@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7300

Opinión de profesionales y pacientes sobre las causas de infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo: conocer la opinión de profesionales y pacientes sobre las causas de infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que conciernen a la población

Métodos: estudio descriptivo multicéntrico, en profesionales y pacientes de una área de gestión de atención primaria (AP). Fase 1: encuesta de opinión (estudio Delphi en dos rondas por correo electrónico) a 153 profesionales (53,5% de los invitados), 52,9% médicas/os de AP, 37,3% enfermeras/os de AP, 5,9% neumólogos y un 3,9% cargos directivos y técnicos de salud. Fase 2: encuesta presencial a pacientes que aceptaron participar; 24 con EPOC (diagnóstico en la historia clínica + espirometría obstructiva) y 28 susceptibles de EPOC (fumadores = 10 paquetes/año sin diagnóstico de EPOC). Las variables son cinco afirmaciones sobre actitudes de los pacientes como causa de infradiagnóstico de EPOC puntuables de 0-10: 1) los pacientes no conocen la EPOC; 2) no dan importancia a las molestias respiratorias esperables por fumar; 3) no consultan porque no desean dejar de fumar; 4) no tienen percepción de gravedad de la EPOC, y 5) no acuden a realizarse la espirometría. Análisis de cada frase mediante percentiles: mediana (p50) y dispersión (puntos entre p25 y p75: baja = 2, media = 3 y alta = 4). Se compararon las puntuaciones de profesionales y pacientes con la prueba U de Mann-Whitney. Limitación: dificultades para incluir pacientes desde la consulta de AP. CEIC P18/026 IDIAP Jordi Gol.

Resultados: mediana y dispersión de cada frase (profesional/paciente): 1) 7 baja/7 alta (p=0,749); 2) 8 baja/ 8,5 media (p=0,244); 3) 7 baja/9 media (p=0,0001); 4) 8 baja/4 alta (p=0,0001); 5) 5 media/3 alta (p=0,039).

Conclusiones: como causas de infradiagnóstico de EPOC, pacientes y profesionales opinan y coinciden que los síntomas respiratorios en un fumador son esperables, que no se consulta porque no quieren dejar de fumar y que el hecho de no realizar la espirometría influye poco. Discrepan en la noción de gravedad.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

Laura Ojeda Calero
Irina Hernández Medina
Elisabeth Tapiá Barranco

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7301

Síncope

Àmbit del cas: atenció primària.

Motivo de consulta: síncope de repetició

Historia clínica: antecedents Personals: diabetes *mellitus* de tipus 2, dislipèmia, glaucoma, esteatosis hepàtica. Anamnesis: dona 78 anys que acude a consulta per síncope de repetició de més de 20 anys, ja valorada per neurologia i cardiologia. Exploració física i neurològica anodina. Pruebas complementàries: electrocardiograma (hemibloqueo anterior), analítica (normal), tomografia computada (TAC) craneal (meningioma).

Enfoque familiar: dona de 78 anys que viu amb el seu marit i és la seva cuidadora principal, ja que és dependent.

Juicio clínico: després d'exploració física i neurològica normal, amb electrocardiograma sense alteracions rellevants, es decideix derivació a especialista per a estudi de síncope. Valoració de cardiologia: es descarta causa cardíaca mecànica o arrítmica i es orienta cap a cuadro vasovagal. Es torna a valorar en consulta. Es decideix l'ampliació de l'estudi amb prova d'imatge, TAC craneal: es descobreix meningioma frontal parasagital esquerre amb efecte compressiu.

Diagnóstico diferencial: síncope de causa vasomotora (vasovagal), neuropatia simpàtica perifèrica (diabetes), malaltia del sistema nerviós central (tumor), síncope cardíac mecànic obstructiu i síncope cardíac arrítmic.

Identificación de problemas: síncope de repetició en pacient valorada, però sense proves d'imatge complementàries. Pacient cuidadora principal de marit dependent per a activitats bàsiques de la vida diària.

Tratamiento y plan de actuación: Derivació a consultes externes de neurocirurgia. Es amplia estudi d'imatge amb resonància magnètica cerebral.

Evolución: pacient hemodinàmicament estable en transcurs de estudi, a expensas de valoració per a programació de neurocirurgia.

Conclusiones y aplicabilidad en medicina de familia: els síncope són motiu freqüent de consulta (incidència en >75 anys del 6%). La etiologia és múltiple. Des de l'atenció primària, amb primer enfocament i valoració podem dirigir el diagnòstic etiològic. En aquest cas, recalcar la importància de reavaluar la història de la pacient i derivar per a ampliació de estudi amb proves d'imatge.

Laura Ojeda Calero
Isabel Bermúdez Madrigal
Ester Ras Vidal

Contacte:
eras.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7302

Síndrome de tako-tsubo

Àmbit del cas: atenció primària/urgències hospitalàries.

Motivo de consulta: palpitations i disnea.

Historia clínica: antecedents personals: hipertensió arterial, insuficiència venosa crònica, portadora de marcapassos per bloqueig auriculoventricular 2:1 paroxíctic sintomàtic. No hàbits tòxics. Anamnesis: dona 78 anys que acude per palpitations i disnea de moderats esforços, associant dolor opressiu en hemitòrax esquerre irradiat cap a l'esquerra. No vegetativisme. Cuadro iniciat fa 2 dies després de sofrir un atac en el negoci. Exploració física anodina. Pruebas complementàries. Electrocardiograma: ondes T negatives en derivacions precordials (no en estudis anteriors); analítica: elevació de troponina (156 pg/ml); radiografia de tòrax anodina; ecocardiograma: hipocinesia de segments apicals; coronariografia: sense lesions.

Enfoque familiar: dona de mitjana edat, independent per a activitats bàsiques de la vida diària. Viu sola, amb bon suport familiar.

Juicio clínico: després d'anamnesis i exploració física amb electrocardiograma en el qual s'objectiven alteracions de la repolarització, es decideix derivació hospitalària per a ampliació de estudi. Orientem el cas com a possible infart agut de miocardi. A la seva arribada a urgències hospitalàries es repeteix electrocardiograma i es realitza analítica. Es constata alteracions. SE valora per cardiologia i es decideix l'ingrés per a filiació i realització de coronariografia.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronari agut.

Tratamiento y plan de actuación: es inicia tractament depletiu i àcid acetilsalicílic.

Evolución: hemodinàmicament estable i asintomàtica durant l'ingrés hospitalari. Es decideix l'alta a domicili després d'una setmana. Control i seguiment conjunt per part de cardiologia i metge de atenció primària. Després de la normalitat de les proves complementàries es confirma el síndrome de tako-tsubo.

Conclusiones y aplicabilidad en medicina de familia: el dolor toràcic suposa un desafiament en atenció primària. Són bàsics una anamnesis que recollisca símptomes i signes d'alarma i un diagnòstic diferencial que englobi etiologies potencialment greus. Importància del seguiment i control: és un cuadro sense causa clara, precipitat per factors emocionals, que afecta a dones postmenopàusiques amb hipertensió arterial.

SUSANA ERAZO ALIATIS
EULÀLIA BORRELL THIÓ
ALBA BABOT CROS
QUERALT PUIG MAS
ANA MARIA ANDRES LORCA
NÚRIA MONTELLÀ JORDANA

Contacte:
lali.borrell.thio@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7303

Diferències clíniques i assistencials a l'atenció primària entre pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i pacients susceptibles de presentar-la

Objectius: comparar factors clínics i assistencials entre pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i pacients fumadors sense aquest diagnòstic.

Pacients i mètodes: estudi descriptiu transversal, multicèntric, mitjançant enquesta d'opinió en pacients entre 40 i 80 anys, atesos en 6 centres d'atenció primària, diferenciats en dos grups: 1) MPOC: fumador o exfumador amb diagnòstic d'MPOC i espirometria obstructiva; 2) susceptible d'MPOC: fumadors = 10 paquets/any sense diagnòstic d'MPOC ni d'asma. Exclusions: comorbiditat greu o barrera idiomàtica. Van acceptar participar 50 pacients. Mesures: dades sociodemogràfiques, consum de tabac, símptomes respiratoris l'últim mes (adaptat del qüestionari COPD-PS: = 2 sospita MPOC), consulta per molèsties respiratòries, alguna espirometria i si un professional (metge/essa de família o infermer/a) li ha preguntat si fuma o té molèsties respiratòries. Anàlisi: càlcul de freqüències absolutes, relatives, mitjana i desviació estàndard. Comparació entre grups mitjançant la prova χ^2 o t de Student segons variable. Limitació: dificultats per incloure pacients des de les consultes d'atenció primària. CEIC P18/026 de l'IDIAP Jordi Gol.

Resultats: van participar 22 pacients d'MPOC i 28 susceptibles d'MPOC. Presentació dels resultats: MPOC vs. Susceptibles d'MPOC. Homes: 85% vs. 60,7% ($p=0,06$); edat (anys): $64,9 \pm 7,1$ vs. $55,5 \pm 9,7$ ($p=0,0001$). Factors clínics: consum tabac (paquets/any): $40,7 \pm 17,6$ vs. $32,6 \pm 15,4$ ($p=0,02$); símptomes respiratoris el darrer mes: 72,7% vs. 32,1% ($p=0,005$); van consultar per molèsties respiratòries: 50,0% vs. 76,9% ($p=0,05$). Factors assistencials: li han preguntat per molèsties respiratòries: 72,7% vs. 42,9% ($p=0,099$); li han preguntat si fuma: 100% vs. 96,4% ($p=0,56$), i alguna espirometria feta: 100% vs. 78,6% ($p=0,69$).

Conclusions: l'infradiagnòstic de l'MPOC fa que es diagnosti en etapes avançades, fet que explicaria la major edat dels pacients. Sembla que els malalts amb MPOC "normalitzen" els símptomes i consulten menys. Si bé no hi ha diferències significatives en els factors assistencials relatius al maneig dels dos grups, en la majoria de susceptibles d'MPOC no s'investiga si tenen símptomes.

MARIA DOLORS GISPERT HERNÁNDEZ
CRUZ MARIA FUENTES BELLIDO
GISELA SOS BUTUREIRA

Contacte:
dolorgispert Hernandez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7304

Què fem quan no volen

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: desnutrició, dol, depressió, sobrecàrrega familiar i negativa del pacient.

Història clínica: home de 62 anys amb antecedents personals de fumador, enolisme, hipertensió arterial, ictus *minor*, MPOC, carcinoma oat cell pulmonar i pancreatitis crònica.

Les filles consulten per negativa del pacient a ingesta i a ser atès mèdicament.

Després de diverses converses telefòniques ve a la consulta i presenta apatia, anhedònia, tristesa, insomni, desnutrició greu, enolisme crònic i poca col·laboració. El quadre es va iniciar fa 1 any amb la mort de la seva dona i ha anat empitjorant.

Exploració física: FC 98 bpm, IMC 11, TA 124/89 mmHg, SatO₂ 99%. Estat general regular, caquètic, deshidratació i pal·lidesa cutània. ACR: normal amb murmur vesicular disminuït. Extremitats inferiors edematoses.

Judici clínic: desnutrició greu: enolisme crònic, dol patològic, depressió endògena, insomni, quadre tòxic i negativa del pacient al tractament.

Evolució: davant la negativa de rebre atenció s'explica al pacient la gravetat de la situació i s'ofereix abordatge amb tractament farmacològic de deshabitació alcohòlica, IRS, suport psicològic, suplementos alimentaris i recursos socials. No segueix cap tractament ni indicació oferta.

Finalment acudeix a urgències amb pneumònia i ingressa; es descarten altre patologies subjacents.

Després de l'alta es manté la negativa del pacient a la ingesta i el tractament.

Es planteja la possibilitat d'incapacitació judicial del pacient que la família desestima. La família sol·licita ingrés a residència per sobrecàrrega.

Conclusions: a l'atenció primària ens trobem amb dilemes ètics com què fer davant la negativa d'un pacient a ser tractat, tot mantenint la seva autonomia. En aquest cas, la nostra actuació ha d'anar cap al diàleg amb el pacient, informant de la situació, complicacions i verificant la comprensió de la informació; cal determinar que actua amb llibertat i amb plena capacitat, i aportar suport, mantenir la possibilitat de tractament i respectar la decisió informada del pacient.

IRENE GAFAROT PÉREZ

Contacte:
igafarot@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7306

Parecía ansiedad

Mujer de 68 años diagnosticada de hipertensión arterial a los 38 años. En tratamiento con amlodipino 10 mg/día, hidroclorotiazida 25 mg y enalapril 20 mg. Múltiples consultas por ansiedad, ardores y mareos. En analítica rutinaria, GGT elevada, por lo que se solicita ecografía abdominal, donde se objetiva esteatosis moderada y lesión quística a nivel del segmento VII hepático. Ante la sospecha de quiste hidatídico es derivada a digestivo, que solicita tomografía computada abdominal. En esta se objetiva masa suprarrenal derecha de contenido quístico y calcificaciones en su interior.

Diagnóstico diferencial: adenocarcinoma suprarrenal o feocromocitoma.

Resonancia magnética compatible con feocromocitoma como primera posibilidad. Estudio de catecolaminas positivo con NA 1.587 (normal <500). Se decide intervención con previo bloqueo alfaadrenérgico.

A los dos años la paciente se encuentra normotensa sin tratamiento antihipertensivo.

En atención primaria no debemos olvidar descartar causas de hipertensión arterial secundaria, más aún en pacientes diagnosticados en edades tempranas. Los síntomas estaban ahí desde el principio, aunque valorados de forma independiente unos de otros. No debemos olvidar que veces una causa engloba el cuadro bajo un mismo diagnóstico.

PETRU CHICU
ANNA ESTAFANELL CELMA
CARLOS CRISTÓBAL SALAZAR ESPINOZA

Contacte:
pchicu.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7307

Ya no puedo vivir con este dolor

Consulta en atención primaria hombre de 53 años sin antecedentes médicos ni tóxicos, por dolor en la columna lumbar, de características mecánicas desde hace 4 años. Inicialmente no necesitaba analgesia, ahora solicita tratamiento. Se pautan antiinflamatorios, se solicita radiografía de columna dorsolumbar: calcificación de ligamento anterior vertebral con múltiples y grandes osteofitos, analítica con parámetros reumatológicos sin alteraciones. Se solicita interconsulta con reumatología y se diagnostica hiperostosis esquelética idiopática diseminada.

La hiperostosis esquelética idiopática diseminada o enfermedad de Forestier es un endurecimiento óseo de los ligamentos al adherirse a la columna vertebral con una osificación del ligamento longitudinal anterior vertebral. Los síntomas son producidos por osificaciones del periostio, en las inserciones óseas de ligamentos y tendones, mayoritariamente a nivel dorsal y menos a nivel cervical. Esta enfermedad de etiología desconocida se produce por acumulación de sales de calcio, lo que provoca endurecimiento y crecimiento excesivo de los huesos. Es más frecuente en hombres (2:1), en especial mayores de 50 años. Los pacientes con diabetes, obesidad o toma prolongada de fármacos como isotretinoína son más propensos a desarrollar la enfermedad. Si causa síntomas, los más habituales son dolor leve o moderado en columna vertebral, sobre todo dorsal. También puede afectar otras áreas, como hombros, codos, rodillas y talones. Enfermedad que puede ser progresiva y causar complicaciones graves como incapacidad (la pérdida de la amplitud del movimiento dificulta su funcionalidad), disfagia (la hiperostosis a nivel cervical puede presionar el esófago y dificultar la deglución) y fracturas vertebrales.

Diagnóstico: es fundamental la radiografía simple lateral de columna que se completa con estudio de tomografía computada.

Diagnóstico diferencial: lesiones tumorales óseas, osteoartropatía hipertrófica y enfermedades degenerativas discales.

Tratamiento habitualmente conservador con antiinflamatorios y cambios dietéticos. Se reserva la cirugía para casos con complicaciones como la disfagia o la disnea, y se extirpa las hiperostosis que las provocan.

Conclusiones y aplicabilidad: la longitudinalidad de la consultas de atención primaria permite conocer al paciente, valorarlo y estudiarlo.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRENE CORNET PUJOL
JUDIT SERRA RAMONET
ANTONIO AGÜERA SEDEÑO

Contacte:
irenecornetpu@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7309

No oblidem els antecedents

Atenció primària: motiu de consulta: dona de 70 anys que consulta per dolor als malucs, bilateral.

Antecedents patològics: depressió (2016), malaltia de Whipple (2017), hernia discal lumbar L5-S1, neoplàsia mamària (2018): carcinoma lobel·lar infiltrant de grau II. pT1 (6 mm) N0snM0. Tractat amb letrozole + calci + tumorectomia + radioteràpia externa.

Anamnesi: des de fa un mes, dolor en ambdós malucs i lumbar sense irradiació. Dolor de característiques mecàniques invalidant, millora poc amb el tractament amb antiinflamatoris.

Exploració física: pelvis: rotació interna i externa, i abducció conservades en ambdues extremitats, però Fabere+ en ambdues extremitats. Molèstia a la palpació de les apòfisis espinoses lumbars, amb contractura paravertebral lumbar.

Proves complementàries: analítica sanguínia: hemoglobina 12,9 g/dl, leucòcits 9,1 x 10³ U/ml, Ca 15,3 62,4 U/ml, creatinina 0,73 mg/dl, filtrat glomerular 83,71 ml/min, sodi 140 mmol/l, potassi 4,91 mmol/l, clorur 102 mmol/l, colesterol 163 mg/dl, bilirubina total 0,23 mg/dl, GPT 10 U/l, GOT 15 U/l, GGT 45 U/l, fosfatasa alcalina 162 U/l, calci 9,79 mg/dl, Ldh 194 U/l.

Radiografia lumbar: signes d'artrosi lleus.

Radiografies de pelvis i sacroilíaqes: signes d'artrosi en ambdues articulacions.

Judici clínic: donat l'antecedent de neoplàsia mamària i que el curs clínic fou desfavorable (amb dificultat per controlar el dolor, es va decidir sol·licitar gammagrafia òssia, previ contacte amb oncologia (la prova no es pot sol·licitar des d'atenció primària).

Gammagrafia òssia: múltiples M1 òssies (calota occipitoparietal, columna vertebral, graella costa, pelvis, terç proximal de fèmurs).

Tractament: fulvestrant + inhibidors ciclines + zolendronat + fentanil. Es completa estudi amb tomografia computada toracoabdominal: malaltia neoplàsica disseminada amb metàstasi pulmonars, hepàtiques i òssies.

Conclusions: tot i la normalitat radiològica i analítica, en cas d'alta sospita de metàstasi òssia cal sol·licitar gammagrafia òssia. És important la coordinació amb serveis especialitzats hospitalaris, com en el cas que es presenta.

IRENE CORNET PUJOL
ALFONSO ARANA MADARIAGA
MONTSERRAT GARCIA FONT
MÓNICA GARCÍA PLANAS

Contacte:
irenecornetpu@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7310

Supersessions de residents en un equip d'atenció primària rural

Objectius de l'experiència:

- Fomentar la formació dels residents.
- Crear un espai de relació entre els residents.
- Fer partícip la resta de membres de l'equip de la formació dels residents.

Descripció de l'experiència:

- Durant l'any 2021 s'han realitzat al nostre equip d'atenció primària, de forma mensual, sessions de formació per als residents de medicina i infermeria (10 sessions). Cada mes, la sessió ha estat sobre una temàtica diferent i han participat la resta de membres de l'equip voluntàriament.
- Les sessions s'han estructurat en: 1) part teòrica: s'hi tracten temes mèdics en forma d'actualitzacions: 2 hores (s'ha tractat: patologia cardíaca, infeccions de transmissió sexual, actualització en diabetis *mellitus* de tipus 2, ecografia abdominal, cirurgia menor, dolor crònic, cures pal·liatives, urgències pediàtriques, MPOC i ASMA); 2) part pràctica per al desenvolupament d'habilitats i tècniques diverses: 2 hores (s'ha tractat: tècniques d'infermeria [embenats, analítiques sanguínies, injectables, vacunes, tamponaments nasals, fèrules, realització d'electrocardiograma, presa de tensió arterial o seguiment de tractament anticoagulant], ecografia abdominal, sutures, tècniques quirúrgiques bàsiques, suport vital bàsic i avançat, lectura crítica d'articles científics, estacions múltiples de resolució de problemes), i 3) part de presentació per part dels residents (sessions de 20 minuts per resident), s'hi s'exposen els casos clínics que s'han treballat i es realitza la discussió dels mateixos: 2 hores.

Conclusions: després de la realització de les sessions i malgrat que en algunes ocasions ha estat difícil disposar de temps per realitzar-les, la satisfacció per part tant dels residents com de la resta de membres de l'equip ha estat ben manifesta. S'han complert els objectius proposats tant d'adquirir coneixements com de fomentar la participació de la resta de l'equip.

Aplicabilitat: un format similar és aplicable a altres àrees rurals amb especialistes en formació i amb una satisfacció molt bona per part d'aquests.

CARMEN DURÁN JIMÉNEZ
MERITXELL MOTOS BESCÓS
ANA AGUILAR MARGALEJO
JUAN JOSÉ MASCORT ROCA

Contacte:
carmen.duranjimenez92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7313

Helicobacter pullorum, el gran desconocido

Palabras clave: diarrea, *Helicobacter*, zoonosis.

Àmbit del cas: atenció primària.

Motivo de consulta: diarrea.

Historia clínica: enfocament individual: Antecedents personals. Dona de 54 anys, sense al·lèrgies, 6 UBE/dia. Antecedents de úlcera duodenal amb teràpia erradicadora en 2003.

Anamnesis: diarrea de un mes d'evolució, cinc deposicions líquides diàries sense productes patològics. No náusees, vòmits ni dolor abdominal. No rectorragies. No febre ni signes d'alarma. No viatges. Exploració física: hepatomegalia.

Proves complementàries, etc: analítica: AST 43 U/l, GGT 373, FA 270 U/l, ferritina 1121 ng/ml, TSH 3'45, T4 7'9. Hb 136 g/dl, Hto 43%, VCM 114 fg, HCM 36 pg. SOH: negativa. Coprocultiu: *Helicobacter pullorum* positiu. Juiciu clínic: diarrea infecciosa per *H. Pullorum*. Diagnòstic diferencial: hipertiroidisme, celiaquia, neoplasia, malaltia inflamatori intestinal, diarrea infecciosa, cirrosi i diarrea farmacològica. Identificació de problemes: decalaje diagnòstic des de l'inici de les símptomes. Tractament i pla d'actuació: azitromicina 500 mg/24 h via oral durant 3 dies, hidratació, dieta segun tolerancia. Evolució: la malaltia evoluciona adequadament amb l'antibiòtic prescrit.

Conclusions: l'interès de aquest cas radica en la sorpresa que suscitò el patògen *H. Pullorum* en el coprocultiu, al ser un hallazgo escasament observat en les consultes d'atenció primària. Se tracta d'un patògen zoonòtic emergent, gramnegatiu, que coloniza el tracte gastrointestinal d'aves de corral i se pot transmetre al ser humà a través de carn contaminada. Se associa en humans a processos de gastroenteritis, patologia hepàtica i biliar, i arriba a produir casos de bacterièmia i a trobar-se també en associació amb patologies com la cirrosi o la malaltia de Crohn. Amb nostra malaltia podem veure la incertidumbre a la que nos exponem diàriament amb els pacients en atenció primària, clarifica la impossibilitat de conèixer l'amplitud de la patologia i senyala la importància de tenir recursos a los que dirigim per enfocar nostre diagnòstic i poder tractar de forma correcta i humana a los pacients.

MARTA PASCUAL ROMERO
ANTONIO J. GUERRERO GUERRERO

Contacte:
mpascual.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7315

Faringoamigdalitis a l'atenció primària: avaluació de l'ús dels criteris de Centor i de la realització de tests de diagnòstic ràpid

En la faringoamigdalitis (FA) es recomana utilitzar els criteris de Centor (CC) i, en funció del resultat, els tests de diagnòstic ràpid estreptocòccic (TDR) com a eines d'ajuda diagnòstica i de valoració del tractament antibiòtic.

Les dades del Sistema d'Informació dels Serveis d'atenció primària (SISAP) mostren una baixa correlació entre els TDR realitzats, els diagnòstics de FA i el percentatge de TDR positius entre els equips d'atenció primària. No es disposa de dades d'ús dels CC.

Objectius: descriure i analitzar l'ús dels CC, els diagnòstics de FA i els TDR realitzats.

Material i mètodes: estudi observacional i transversal. S'inclouen 127 pacients amb odinofàgia de l'agenda de triatge d'un centre d'atenció primària durant 2 mesos. Es realitza una anàlisi descriptiva mitjançant l'Excel 2016. Les variables analitzades són els percentatges de CC realitzats, de diagnòstics de FA amb TDR, de TDR fets sense CC, d'odinofàgia amb CC positius sense TDR fet i de test antigen ràpid (TAR) de la COVID-19 fets.

Resultats: es van avaluar els CC en el 5% de les 127 visites analitzades. Un 75% dels diagnòstics de FA tenien TDR fet. El 81% dels TDR es va fer sense avaluar els CC. No es va fer TDR al 57% de casos amb CC positiu. En el 98% dels casos es va fer un TAR (el 34% van ser positius).

Conclusions: hi ha un ús molt baix dels CC davant d'una odinofàgia, però un elevat percentatge de diagnòstics de FA amb TDR realitzat, fet que indica que no s'utilitzen els CC per valorar la realització dels TDR. Possiblement, en la situació actual, l'ús generalitzat del TAR per a símptomes similars als de la FA (odinofàgia i febre) podria explicar en part aquesta situació.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BERTA GIBERT MONTERO
ROSER CABRÉ RIERA
ANNA FRANQUESA NOVELLASDEMUNT

Contacte:
bgibert.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7316

En els detalls trobem la diferència: no tota dispnea és COVID-19

Cas clínic en l'àmbit d'un servei d'urgències d'atenció primària.

Home de 41 anys, natural de Ghana, sense antecedents patològics d'interès, que consulta per dispnea a petits esforços associada amb tos sense expectoració, de 3 dies d'evolució. Les constants són correctes i en l'exploració física destaquen crepitants bibasals i la resta és anodina. Es realitza radiografia de tòrax que mostra múltiples troballes (índex cardioràdic augmentat i signes de redistribució vascular en ales de papallona), algunes d'elles són compatibles amb un creixement auricular esquerre (signe del doble contorn i signe de la ballarina), i un electrocardiograma també concordant amb les troballes radiogràfiques comentades (onda P mitral, onda P difàsica amb component final ample a V1, mala progressió de l'onda R a precordials). En l'estudi hospitalari posterior es realitza anàlisi sanguínia i s'objectiva un pro-BNP de 4.660 i un ecocardiograma que mostra una fracció d'ejecció del ventricle esquerre greument deprimida (15%). S'orienta el cas com una insuficiència cardíaca de debut per miocardiopatia dilatada idiopàtica, que planteja un ampli diagnòstic diferencial.

Finalment, s'orienta com una probable cardiopatia arritmogènica, una miocardiopatia congènita d'herència autosòmica dominant que es caracteritza per la pèrdua de cèl·lules miocàrdiaques i la substitució d'aquestes per teixit fibroadipós, fet que pot ocasionar arrítmies, insuficiència cardíaca i mort sobtada en pacients joves. Actualment es planteja iniciar l'estudi genètic i implantació d'un desfibril·lador automàtic implantable (DAI).

L'interès principal d'aquest cas clínic rau en: 1) la importància de les eines de què disposa el metge de família (anamnesi, exploració física i proves complementàries bàsiques) per efectuar una primera impressió diagnòstica acurada, la de la seva correcta interpretació i com aquestes es recolzen a posteriori amb estudis més costosos i de menor accessibilitat. i 2) fer una revisió bibliogràfica i conèixer la miocardiopatia arritmogènica congènita com a trastorn o entitat de baixa prevalença, a tenir en compte en pacients joves.

GISELA SOS BUITUREIRA
ROSANA VANESA LANDÍN DELGADO
GLORIA CARCELERO ROMÁN

Contacte:
gsos.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7317

Dermatitis de contacte i una al·lèrgia inesperada

Pacient que durant 2 anys presenta diversos brots de dermatitis de contacte a les mans, que es resolen amb tractament tòpic i antihistamínic; i altres vegades èczemes i lesions micropapulars en el tòrax anterior i la cara. A més, epigastràlgia postprandial amb augment de la freqüència de les deposicions, sense productes patològics. Història sense antecedents. Perruquera de professió. Per aquests motius s'orienta com a dispèpsia. En l'exploració física: eritema, descamació i fissures al palmell de les dues mans i afectació periungual dolorosa d'alguns dits. Es fa anàlisi que és normal. S'inicia estudi de dispèpsia i diarrees amb digestiu i fibrogastrosccòpia normal. Es remet a dermatologia i al·lèrgies per a estudi. Es diagnostica dermatitis de contacte al·lèrgica al níquel.

La dermatitis de contacte pot ser d'origen al·lèrgic i cal establir un diagnòstic etiològic. Si l'al·lèrgen a més ingressa per via alimentària es poden presentar símptomes digestius.

Es realitza tractament amb corticoides tòpics i antihistamínics orals i presenta resolució de les lesions a les mans. Es prescriuen inhibidors de la bomba de protons i procinètics amb escassa resposta. A més, es recomana l'evitació de níquel en materials d'ús diari (joieria, sivelles, parament de cuina, etc.) i reduir la ingesta d'aliments de major contingut de níquel, amb aparent millora dels símptomes digestius.

El níquel és la primera causa de dermatitis al·lèrgica de contacte al món. A Europa, la prevalença és del 8-19%, essent majoritària en dones. Hi ha casos de dermatitis al·lèrgica de contacte sistèmica, que pot ser confosa amb efectes adversos medicamentosos o amb altres patologies. En la patologia dermatològica que observem diàriament hem de tenir en compte l'al·lèrgia a aquest metall que és més freqüent del que esperem.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARLOTA SANAHUJA SUBIRANA
ANNA TARRAGÓ GARCÍA
RAÚL SÁNCHEZ LUIS
SILVIA FALCON VIÑES

Contacte:
carlotasanahuja@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7318

Quan el canvi d'anticoagulant no surt com esperaves

Es visita a urgències d'atenció primària home de 83 anys amb lesions ampul·loses en extremitats inferiors de 2 mesos d'evolució que empitjoren en les últimes 48 h.

Es tracta d'un pacient amb antecedents personals d'MPOC, fibril·lació articular, actualment anticoagulat amb Eliquis® des de fa 2 mesos (prèviament amb Aldocumar® que es va canviar per episodi d'HDB), adenocarcinoma de pròstata lliure de malaltia, ICC, cor pulmonar i cirrosi de causa cardíaca.

El pacient presenta lesions ampul·loses i pruriginoses iniciades fa 2 mesos a les extremitats inferiors, amb progressió al tronc i les extremitats superiors en les últimes 48 hores. S'observen ampul·les a tot el cos amb úlceres friables, especialment a les extremitats inferiors i mans, juntament amb úlceres en resolució als turmells, secundàries a estasi venosa. Resta d'exploració física anodina.

Davant d'aquestes lesions, ens plantejem diagnòstic diferencial de lesions ampul·loses:

- Hereditàries, que no es contempla per l'edat del pacient.
- Adquirides.
 - Pèmfing: vulgar, paraneoplàstic, autoimmune, medicamentós...
 - Pemfigoide: ampul·lós, cicatricial...
 - Infeccions: impetigen ampul·lós, síndrome de la pell escaldada estafilocòccica.
 - Altres causes: necròlisi epidermíca tòxica, cremades, porfíries...

Realitzant anamnesi dirigida i revisant la història clínica, s'observa que el quadre clínic coincideix amb l'inici del tractament anticoagulant amb Eliquis®. Des d'urgències d'atenció primària, retirem Eliquis® i iniciem pauta descendent amb prednisona.

Es fa derivació a dermatologia els quals confirmen que es tracta de pemfigoide ampul·lós per *punch* cutani.

Es realitza visita de seguiment en una setmana i el pacient presenta resolució de les lesions cutànies amb la retirada d'Eliquis®.

Revisant la literatura científica i comentant-ho amb dermatologia, s'han observat casos de pemfigoide per Eliquis®. Com a conclusió, davant de l'aparició de noves lesions cutànies, s'ha de tenir sempre present el possible origen medicamentós, que es pot descartar duent a terme una bona anamnesi.

ELISABET MORANCHO GRAU
ÀNGELS PELLICER JACOMET
SANTIAGO ARZUAGA CASADO

Contacte:
emorancho.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7320

Pacient amb deficiència de colinesterasa

Cas clínic: pacient amb deficiència de colinesterasa.

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: espatlla dolorosa.

Història clínica: home de 46 anys, amb obesitat i exfumador. Segons registre ECAP sense antecedents d'al·lèrgies medicamentoses.

Enfocament individual: abans de prescriure un antiinflamatori es pregunta pels antecedents d'al·lèrgies medicamentoses. El pacient refereix que hi havia uns fàrmacs que no podia prendre perquè va presentar una apnea perllongada postintubació amb succinilcolina el 2003. Va aportar un informe del servei d'anestesiologia on constava: nivells de colinesterasa 3.984 U/l (5.400-17.000) i dibucaïna 39,3% (70-90%). Per tant, probablement és portador d'un al·lel anòmal pel gen de la colinesterasa plasmàtica.

Identificació de problemes: quins són els fàrmacs que cal evitar i com es registren a l'ECAP.

Plans d'actuació: ens vam posar en contacte amb la farmacèutica clínica referent de la nostra zona, que ens va suggerir enviar un correu a les incidències d'ECAP assistencial (pendent de resposta). Mentre, es podria registrar com a Z88.9 i descriure el cas. I ens va facilitar la llista de fàrmacs a no prescriure en una persona amb deficiència de colinesterasa:

Inhibidors d'acetilcolinesterasa: piridostigmina (Mestinon®), neostigmina, donepezil, galantamina i rivastigmina.

Agonistes colinèrgics: pilocarpina (Salagen®), succinilcolina (Anectine®). Fàrmacs que cal emprar amb precaució perquè es metabolitzen per la colinesterasa plasmàtica (anestèsics locals del grup èster): clorprocaïna, benzocaïna, procaïna i tetracaïna. Cal recomanar al pacient que no empri insecticides i alertar que totes les persones amb antecedents familiars de deficiència de pseudocolinesterasa han de comunicar-ho abans de sotmetre's a qualsevol procediment mèdic que requereixi anestèsia.

Conclusions: abans de prescriure qualsevol fàrmac cal indagar sempre pels antecedents d'al·lèrgia medicamentosa. Aquesta comunicació és d'interès perquè, fruit d'una recerca bibliogràfica, recull tots els fàrmacs a considerar en pacients amb deficiència de colinesterasa.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GISELA SOS BUITUREIRA
ALBA GÓMEZ GONZÁLEZ
ANA SALVADOR SALVADOR
ROSANA VANESA LANDIN DELGADO

Contacte:
gsos.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIICAMFiC_7321

Apropant-nos a la religió islàmica

Objectius:

- Aproximar el personal sanitari a un dels cinc pilars de la religió islàmica, el Ramadà.
- Promoure el diàleg entre pacients diabètics que fan el Ramadà i els sanitaris.
- Identificar i resoldre problemes facilitant el compliment del dejuni.
- Aportar eines al personal sanitari per poder mantenir la salut dels pacients de manera adequada respectant les seves creences.

Descripció de l'experiència:

Es va crear un grup de treball format per dos metges i dues infermeres que van estar realitzant una selecció de pacients diabètics en tractament farmacològic i que feien el Ramadà. Posteriorment es van crear dos grups de discussió (un d'homes i un altre de dones) en els quals es van intercanviar experiències viscudes pels pacients, dubtes i els canvis que feien en el maneig del tractament durant aquest període. Es van crear documents informatius sobre com controlar la diabetis en els períodes de dejuni i es van lliurar als pacients en català, castellà i àrab.

Conclusions:

- Com a personal sanitari no coneixem bé la cultura islàmica, no entenem completament els nostres pacients i no podem oferir tractaments dirigits a un enfocament global (biopsicosocial).
- Els pacients perceben més proximitat amb l'imant que amb el personal sanitari, però tenen en consideració les nostres recomanacions sanitàries.
- Bona accessibilitat i agraïment per part seva a participar en el programa de medicina comunitària.
- Problemes ètics a l'hora de seleccionar els pacients.
- Ressaltar el fet que les dones no van acudir a la sessió de discussió.

Aplicabilitat:

- Reforçar el benestar de la comunitat musulmana al nostre àmbit.
- Promoure la salut a través dels grups de participació comunitària prioritzant les demandes del pacient.
- Millorar el registre de diagnòstics i dades culturals o religioses del pacient al programa informàtic ECAP.

ANNA MAS CARRERA
TERESA MIR COLL
SERGI CAMPOS FAJARDO

Contacte:
annamas@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIICAMFiC_7323

Doctora, ha estat la vacuna?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: rash cutani pruriginós.

Història clínica: home de 49 anys sense antecedents d'interès ni tractament habitual, desconeix al·lèrgies i no té hàbits tòxics. Sense antecedents familiars de malalties cutànies.

Consulta el dia 24/01/2022 per rash cutani simptomàtic valorat a urgències de l'hospital 3 i 6 dies abans, orientat com a urticària i tractat amb antihistamínic H1 i cortisona per via oral. Com a únic antecedent havia rebut la tercera dosi de la vacuna COVID-19 de Moderna el 12/01/2022, 5 dies abans de l'inici del quadre. Les dosis prèvies van ser amb BioNtech-Pfizer el 09/06 i el 02/07 de 2021 sense cap efecte advers. Presenta dolor i prujia intensa amb empitjorament del quadre cutani, que es fa més extens i descamatiu. L'exploració mostra un rash eritematós, descamatiu inflamatori estès per tot el cos, que respecta cara, palmells i plantes. Temperatura, tensió arterial i freqüència cardíaca normals, resta de l'exploració sense alteracions. S'afegeix al tractament un corticoide tòpic. Es realitza anàlisi que mostra leucocitosi amb fórmula normal, mínima elevació de la PCR i immunoglobulina E total normal. Després de 48 h és valorat per la seva metgessa de capçalera que el deriva a dermatologia. Es realitza biòpsia amb pinça llevabocins cutània amb resultat diagnòstic: eritrodèrmia psoriàsica. Tractament: prednisona via oral en pauta descendent, ciclosporina via oral, corticoide tòpic i antihistamínic.

El cas ha estat notificat al Centre de Farmacovigilància com a possible efecte advers de la vacuna Moderna de la COVID-19.

Conclusions i aplicabilitat: la detecció i notificació d'efectes adversos és sempre important, però en el cas de novetats terapèutiques ho és encara més. L'atenció primària té un paper clau en la detecció i notificació.

Disposem de l'autorització expressa del pacient per presentar el cas en aquest congrés.

LAIA PONT SERRA
XAVIER LÁZARO NAVARRO
MARC JIMÉNEZ GALLOFRE
JÚLIA MONSECH ROMERO

Contacte:
laiapontserra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7324

Introducció d'emissores al punt d'atenció continuada semirural

Objectius de l'experiència:

- Disminuir el temps d'activació i resposta del personal del punt d'atenció continuada (PAC).
- Agilitzar i millorar les comunicacions entre els diferents dispositius que participen en l'atenció d'urgències mèdiques de la zona.

Descripció de l'experiència: l'activació en dos temps (diversos gestors telefònics) quan es rep un avís d'urgències alenteix el temps d'activació i resposta. Aquest fet es fa palès quan arriba abans l'ambulància medicalitzada que l'equip PAC (tot i que es localitza més a prop). Això genera conflictes, tensions i impotència del personal PAC i va en detriment de la qualitat que es vol oferir amb el model d'atenció continuada (els professionals del PAC coneixem molt bé els pacients de la zona, a diferència de l'equip del SEM, que ve només puntualment).

Davant la necessitat de millorar el temps d'activació i resposta, el novembre del 2021 es pacta la utilització d'emissores per part de l'equip PAC. Durant aquest mes, els professionals del PAC reben una formació de 2 hores per part de professionals del SEM, on es descriu el funcionament d'una emissora model Sepura SC2020, els codis interns de comunicació (codi INTERCO i codi 3) i es fan pràctiques d'utilització.

El desembre entra en funcionament la utilització d'emissores. Si bé és cert que hi ha alguns inconvenients, com el fet d'haver-la de dur sempre a sobre a més del telèfon d'urgències i l'aprenentatge a marxar forçades dels codis anteriorment descrits, hem observat una disminució en el temps d'activació i resposta que millora la qualitat assistencial.

Conclusions:

- El temps de resposta de l'equip de guàrdia ha disminuït considerablement des de que es fa ús de l'emissora.
- La conciliació entre els diferents àmbits assistencials és necessària per millorar l'eficàcia i l'eficiència en l'assistència del pacient.

Aplicabilitat: equips d'atenció continuada amb isòcrones elevades a l'hospital de referència corresponent.

BERTA CAMPOS MERCADÉ
MARIA LUISA PAREJO MIR

Contacte:
bertacamposmercade@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7325

Doctora, quan faig esport se m'infla el peu. No tot és un esquinç de turmell

Home de 33 anys, cambrer i molt esportista, que fa 6 mesos que presenta dolor i inflor al turmell esquerre cada vegada que fa exercici i al tornar de treballar. No recorda traumatisme directe. Durant aquests mesos ha fet repòs i antiinflamatoris sense millora. El dolor s'ha fet més intens, fa 2 setmanes que ha deixat de fer esport.

A l'exploració presenta edema bimal·leolar lleu i balanç articular lliure. Dolor a la palpació posterior del turmell i dolor a la flexió plantar contra resistència. Recolzament monopodal no dolorós.

Valorat com a possible lesió òssia crònica o lesió lligamentosa: es demana una radiografia; on observem un os trigonal. S'orienta com a síndrome de pinçament posterior del turmell i es deriva a rehabilitació.

El pacient realitza sessions de fisioteràpia sense millora. Com augmenta el dolor i la coïxesa ha deixat de treballar. Demanem ressonància magnètica de turmell i interconsulta a traumatologia per valoració d'exèresi. Actualment està en llista d'espera per a intervenció quirúrgica.

La síndrome del pinçament posterior s'hauria de tenir en compte en el diagnòstic diferencial del dolor de turmell. A l'astràgal posterior es desenvolupa una apòfisi, com a suport del tendó flexor del primer dit, que pot presentar variants anatòmiques. Quan el nucli d'ossificació és gran condiona un tubercle: procés de Stieda. Si no s'arriba a produir la unió del nucli d'ossificació a l'astràgal, es crea l'os *trigonum*. El síndrome de pinçament posterior és freqüent en esportistes que presenten alguna d'aquestes variants i realitzen flexions plantars forçades (ballet, futbol...). De forma aguda o per fregament generen inflamació i dolor a la part posterior del turmell. El tractament és repòs articular, antiinflamatoris i fisioteràpia. Si no millora, s'hi poden infiltrar corticoides. Com a tractament definitiu, la cirurgia oberta permet ressecat les lesions i resoldre el quadre.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

KILIAN GRIÑAN FERRE
JOAN TORRAS BORRELL
ALBA RODRÍGUEZ LUNA

Contacte:
kilian27.kg@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7326

Palpitacions que poden ser un ictus

Àmbit del cas: atenció continuada.

Motius de consulta: palpitations.

Enfocament individual: dona de 51 anys, sense hàbits tòxics, hipertensa i dislipèmica en tractament farmacològic, que acudeix al seu centre d'atenció primària per palpitations d'1 setmana d'evolució sense referir altres símptomes. A l'exploració física destaquen tons cardíacs arrítmics, lleu paràlisi facial esquerra (House-Brackmann de grau II), amb hemiparèsia de grau III i hipoestèsia esquerra.

Al reinterrogar a la pacient referir que unes 7 hores abans havia presentat un episodi d'amaurosi fugaç i caiguda d'un got que portava a la mà.

Electrocardiograma: fibril·lació auricular amb freqüència ventricular mitjana de 100 bpm.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes:

Orientada com a accident cerebrovascular (NIHSS 4-5, Rankin 0), en context de fibril·lació auricular.

Diagnòstic diferencial de les palpitations amb clínica neurològica: patologia cardiovascular (cardiopatia isquèmica, arrítmies, endocarditis), psiquiàtrica (ansietat, síndrome conversiu, abús de tòxics) o altres causes sistèmiques (anèmia, hipertiroidisme).

Tractament i plans d'actuació: s'activa codi ictus i a l'hospital de referència es realitza tomografia computada (TAC) cranial sense sagnat actiu; es procedeix a fibrinòlisi i s'ingressa per a estudi. Anàlítica, angio-TAC cranial i ecocardiograma sense alteracions destacables.

Evolució: bona resposta a fisioteràpia funcional en dies, sense objectivar-se patologia orgànica cerebral associada a la clínica neurològica. Es reorienta el quadre com a episodi de fibril·lació auricular associada a síndrome conversiu. Es va donar d'alta amb tractament anticoagulant (enoxaparina) pendent de cardioversió elèctrica.

Conclusions: les palpitations són un motiu de consulta freqüent a l'atenció primària. Cal realitzar una exploració cardíaca (incloent un electrocardiograma). En segon terme, cal una exploració física detallada, en especial, neurològica, per si procedeix realitzar un reestadiatge del risc cardiovascular, cal pensar en potencials complicacions i posteriors canvis en el tractament. Hem de recordar que la fibril·lació auricular és una causa freqüent d'accident cerebrovascular d'origen embòlic.

ANNA AIDA MARTÍ ARASA
OMARJAVIER TACORONTE ROMERO
GINA CULUBRET VALLS

Contacte:
anna.aida.marti@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7327

Com podem millorar el diagnòstic i la resolució de lesions dermatològiques en pacients amb complexitat?

Àmbit del cas: atenció primària, urgències hospitalàries, consultes externes de dermatologia.

Motiu consulta al centre d'atenció primària (CAP): lesions cutànies a les extremitats i al tronc de 8 dies evolució.

Antecedents personals: dona 43 anys natural de la Índia, a Espanya des de 2002; dificultat idiomàtica. Conviu amb dos fills. NO vacunada de varicel·la.

Antecedents patològics: obesitat de grau 2, glicèmia basal alterada en tractament amb metformina. Gonartrosi.

Història actual: valorada el setembre de 2021 per lesions cutànies a extremitats inferiors i superiors, i tronc, de 8 dies d'evolució. Han augmentat en quantitat i grandària, algunes vesiculoses i ulcerades amb signes de sobreinfecció. Resta de l'exploració física anodina. Orientada com a varicel·la amb signes de sobreinfecció, tractament amb amoxicil·lin-clavulànic/8 h + ebastina, recomanant aïllament fins a la realització de la serologia. Reconsulta als 2 dies a urgències d'hospital per empitjorament de les lesions. S'orienta com a *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina (MRSA), canvien a clindamicina 8 h + mupirazona i es recull cultiu de les lesions. Reconsulta CAP per evolució a lesions ampul·loses i doloroses amb pústules confluents. Es prescriu corticoides orals sense cap millora i es deriva urgentment a dermatologia amb realització de fotos per a l'aplicació d'imatges clíniques a HC3. A les consultes externes es realitza anàlítica: PCR d'herpes negatiu, serologies negatives, anticossos per a celiàquia negatius i estudi d'immunitat negatiu. Biòpsia: vasculitis neutrofil·lica leucocitoclàsica pustulosa. Cultiu: pseudomona sensible a ciprofloxacina.

Judici clínic: dermatosi immunoglobulina A lineal vs. pemfigoide ampul·lós vs. herpes vs. eritema multiforme ampul·lós vs. ectima infecció.

Tractament: corticoides orals pauta descendent + ciprofloxacina /12 h

Evolució: millora de les lesions en un mes, amb imatges residuals i cicatricials. Derivada a reumatologia, es descarta afectació per malaltia sistèmica autoimmune.

Conclusions: degut a la complexitat, l'elevat nombre de diagnòstics diferencials dermatològics i la barrera idiomàtica important al nostre àmbit, és imprescindible coordinar-nos amb altres especialitats mitjançant eines informàtiques com l'aplicació d'imatges clíniques per tal de disminuir el temps d'espera del diagnòstic i el tractament, sobre tot en pacients vulnerables.

IRENE BENTOLDRÀ BOLADERES
ISABEL SANTSALVADOR FONT
CLAUDIA DASCA ROMEU

Contacte:
irenebentoldra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7328

Pruïja. Un repte diagnòstic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dona de 38 anys que refereix pruíja generalitzada.

Història clínica: fumadora de 5 paquets/any des dels 18 anys. No antecedents mèdics d'interès. Acut a la seva metgessa d'atenció primària per pruíja generalitzada, d'un mes d'evolució, amb alt grau d'ansietat, després de dues visites a urgències pel mateix motiu, en les quals se li va receptar tractament antihistamínic sense millora simptomàtica.

Exploració: afebril, normotensa, freqüència cardíaca de 89 bpm. Absència de lesions dèrmiques. Auscultació cardiorespiratòria i exploració abdominal sense alteracions.

Proves complementàries: analítica amb hemograma, perfil renal, tiroide i bilirubina sense alteracions; aspartat aminotransferasa (AST) 134,4 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) 176,4 U/L, gamma-glutamilttransferasa (GGT) 423,0 U/L, fosfatasa alcalina (FA) 393,0 U/L. Davant la sospita de malaltia hepatobiliar, se sol·licita nova analítica i es descarta hepatitis vírica, anticossos antinuclears IFI negatiu (<1/80), anti-múscul lliis negatiu (<1/40), anti mitocondrials (AMA) positiu (1/320), AMA M2 positiu (83,4 U/ml), anti-microsòmals LKM negatiu (<1/40).

Ecografia abdominal: sense troballes patològiques.

Judici clínic, diagnòstic diferencial: la positivitat dels AMA ja ens orienta el diagnòstic de colangitis biliar primària (CBP). Quan ens trobem davant una pruíja generalitzada s'obre un ampli diagnòstic diferencial: sequedat cutània, malaltia hepatobiliar, insuficiència renal crònica, malaltia hematològica, origen infeccios, paraneoplàstic, farmacològic o psicogen.

Tractament i plans d'actuació: derivació al digestòleg de referència i es realitza biòpsia hepàtica que confirma el diagnòstic; s'inicia tractament amb àcid ursodesoxicòlic (AUDC) 500 mg/12 h.

Evolució: bona resposta simptomàtica sense clara resposta bioquímica, motiu pel qual s'associa bezafibrat 400 mg/dia, amb posterior normalització de la FA, però persistència mantinguda d'AST >1,5 del valor normal.

Conclusions i aplicabilitat: el reconeixement i el diagnòstic primerenc de la CBP són fonamentals en el pronòstic de la malaltia. El tractament amb AUDC té com a objectiu evitar el desenvolupament de cirrosi biliar i les seves complicacions, que impacten en la mortalitat i en la supervivència lliure de trasplantament hepàtic.

BERTA CAMPOS MERCADÉ
MARIA LUISA PAREJO MIR
PAULA GUERRERO CEREZALES

Contacte:
bertacamposmercade@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7329

Hipertensió, hipercalcèmia i hiperparatiroidisme

Home de 50 anys, director de teatre, recentment diagnosticat d'hipertensió arterial, que ve a control per persistència de tensions altes. Des del diagnòstic fa controls conjunts amb la infermera de crònics. Primer es van fer modificacions higienodietètiques, posteriorment es va prescriure lisinopril i, per falta de control, amlodipina a dosis plenes. No presenta altres antecedents d'interès.

L'exploració física és anodina. AMPA: 147/96 mmHg. No té altres factors de risc cardiovascular, REGICOR 4%. L'electrocardiograma és normal.

Ens plantegem afegir un tercer fàrmac: un diürètic.

A l'analítica anual, per difícil control, s'afegeix estudi d'hipertensió arterial secundària. S'objectiva una hipercalcèmia de 10,9 mg/dl. El posterior estudi d'hipercalcèmia mostra: fosfat 2,6 mg/dl (baix), calci en orina 24 h de 0,58 g/24 h (elevat), PTH 181,5 pg/ml (elevada), vitamina D 15,6 ng/ml (baixa).

S'orienta com a hiperparatiroidisme primari. Es realitza ecografia i gammagrafia de paratiroide.

Es tracta quirúrgicament. L'anatomia patològica informa d'adenoma atípic de cèl·lules principals de paratiroide.

Posteriorment, les xifres de tensió es controlen amb els dos fàrmacs i no cal un diürètic.

La hipertensió arterial sol ser primària. Les causes identificables afecten al 5-10% dels hipertensos. Les causes més freqüents d'hipertensió secundària són d'origen renal (malaltia parenquimatosos, hipertensió arterial renovascular), endocrí (hiperaldosteronisme primari, hipercortisolisme, feocromocitoma, hipertiroïdisme, hipotiroïdisme, hiperparatiroidisme) o d'altres, com la síndrome d'apnea del son, coartació aòrtica o, molt important, la hipertensió arterial induïda per fàrmacs.

Hi ha dues formes de diagnosticar la hipertensió arterial secundària: sospitar-la per característiques clíniques del pacient o bé en els controls al centre d'atenció primària, que habitualment inclouen: dues visites amb l'infermer/a i una amb el metge/essa, analítica sanguínia i d'orina anual i electrocardiograma bianual. En aquest cas, arrel de l'analítica anual vam estirar el fil de la hipercalcèmia, que convida a estudiar el metabolisme fosfocàlcic: PTH, fòsfor, vitamina D i calci en orina 24 h i que ens porta al diagnòstic d'hiperparatiroidisme primari.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARLA RIÁDIGOS
LAURA LÓPEZ GÓMEZ

Contacte:
criadigos@ssibe.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7330

Frecuentación de los servicios sanitarios según el grado de manejo de los inhaladores en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo: determinar, según el grado de manejo de inhaladores de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las diferencias en las repercusiones sobre su estado de salud.

Material y métodos: estudio de cohortes históricas durante 1 año, pacientes con EPOC = 35 años con inhaladores >2 años del área básica de salud (ABS). Muestra: 109 pacientes.

Variables: test de inhalación, reagudizaciones...

Análisis univariante + bivariante. Tres grupos paralelos según el resultado del test (aceptable, correcto o incorrecto) y dos grupos: test actualizado/no actualizado. Obtenemos el número de reagudizaciones en ambos grupos. Al compararlas sabemos la relación entre el grado de manejo de inhaladores (según el resultado del test de inhalación) y la cantidad de reagudizaciones. Análisis con programa informático SPSS.

Aspectos ético-legales: Reglamento general de protección de datos UE 2016/679. No consentimiento informado, datos historia clínica. Codificación para anonimato de pacientes. Aprobado por el comité de investigación de la institución.

Resultados: el 55% de los pacientes con EPOC tuvieron cero reagudizaciones durante 1 año. Del 45% restante, un 83,46% son reagudizaciones leves (consultas de atención primaria).

El 77,4% de los pacientes con EPOC tiene un buen resultado en el test de inhalación.

El 68,4% de pacientes que tienen el test actualizado presentaron cero reagudizaciones.

Conclusión: los pacientes con EPOC de nuestra ABS tienen una buena técnica inhalatoria y buena educación sanitaria. La mayoría de los pacientes con el test actualizado tienen menos reagudizaciones: importancia de actualización del test.

OLGA FARGAS CODINA
MARIA DEL MAR HUERCIO PUENTES
SIGRID BONVEHÍ NADEU

Contacte:
ofargas.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7332

El viatge de l'orella al cervell

Àmbit del cas: atenció primària i servei d'urgències hospitalari.

Motius de consulta: cefalea i vòmits, context d'otitis.

Història clínica:

- Antecedents personals: obesitat, dèficit d'àcid fòlic, ferropènia, otitis ocasionals, FIV recent. Treballa de fisioterapeuta.
- Anamnesi: consulta a primària per quadre catarral de vies altes 6 dies + 2 dies amb otàlgia esquerra. S'orienta com a otitis mitjana aguda i es pauta amoxicil·lina-clavulànic 875/125 mg 1/12 h. A les 48 h torna per cefalea opressiva intensa (escala de valoració analògica [EVA]: 10/10), nàusees, tres vòmits, i febrícula de 2 dies d'evolució. No traumatismes.
- Exploració: TA 152/73 mmHg, febrícula, timpà hiperèmic, abombat, NRL postrada, signes meningis presents.
- Proves complementàries: test ràpid de la COVID-19 negatiu, anàlisi (leucocitosi 11.000, amb PCR 62), tomografia computada cranial normal, punció lumbar (leucòcits 1.792 mm³, glucosa 36 mg/dl, proteïnes 0,91 g/l, ADA 13,4 U/l, xantocromia negativa, pH 7,8). Filmarray positiu per *Haemophilus influenzae*. Hemocultius i antígens d'orina negatius.
- Judici clínic: meningitis bacteriana per *H. Influenzae*.
- Diagnòstic diferencial: encefalitis, migranya, hemorràgia cerebral, pseudotumor cerebral.
- Tractament i plans d'actuació: ceftriaxona endovenosa, dexametasona 2 dies. Rifampicina a la pacient i parella. No cal profilaxi a la filla perquè està immunitzada. Declaració urgent.
- Evolució: va estar 10 dies ingressada a l'hospital. A l'alta, bona evolució amb desaparició completa de la cefalea.

Conclusions: és important revisar el calendari vacunal dels pacients i oferir vacunació d'allò que hi hagi disponibilitat i indicació. També cal conèixer aquelles patologies que són de declaració urgent i realitzar aquest procediment. En algunes d'aquestes patologies caldrà prescriure tractament als contactes estrets.

ANA MARTÍNEZ DÍAZ
KRISTOPHER AMARO-HOSEY
ANNA TOMAS RODO

Contacte:
amartinezdia@santpau.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7333

Neuralgia del glossofaríngeo, a propósito de un caso

Se trata de una mujer de 67 años, natural de Ecuador, que acude a urgencias por odinofagia de años de evolución. Como antecedentes presenta factores de riesgo cardiovascular, gastritis crónica y reflujo gastroesofágico. Explica episodios de odinofagia en hemilado izquierdo recurrentes desde 2015, orientados como faringitis crónica atrófica. Describe dolor lancinante recurrente, desencadenado por la deglución y la tos, localizado a nivel submandibular izquierdo, irradiado a las amígdalas y al oído ipsilateral. Ha adaptado la ingesta a alimentos líquidos y triturados, y ha realizado múltiples tratamientos antibióticos y analgésicos con mejoría momentánea de la clínica, pero sin remisión de recurrencias. En la exploración se observa leve hiperemia faríngea con adenopatías submandibulares izquierdas infracentimétricas sensibles a la palpación. Se solicitó una analítica en urgencias que no mostró alteraciones. Se realiza diagnóstico diferencial con faringitis crónica, sialolitiasis, neuralgias del glossofaríngeo o del trigémino y arteritis de la temporal. Dada la clínica, se orienta el caso como neuralgia del glossofaríngeo, por lo que se inicia tratamiento con tramadol y gabapentina en dosis crecientes según la tolerancia. Se deriva a neurología para estudio de causas etiológicas y opciones terapéuticas.

La neuralgia del glossofaríngeo es una entidad poco frecuente, con una incidencia similar en ambos sexos y más frecuente en mayores de 50 años. Etiológicamente diferenciamos dos categorías: la idiopática o esencial, que presenta como causa más frecuente la compresión vascular; y la secundaria a otras causas (traumatismo, neoplasia, infección, etc.). El diagnóstico es clínico, y las pruebas complementarias permiten descartar causas secundarias. Es vital realizar una historia clínica minuciosa puesto que el diagnóstico es clínico y evita la realización de tratamientos innecesarios. Es importante educar a los pacientes para que comprendan la naturaleza de la enfermedad y sean realistas respecto a la terapéutica.

ALEJANDRO VIDAL DURÁN
BERTA ROCHER ROS
THAIS GIMÉNEZ BAYA

Contacte:
avidaldu.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7334

La bicicleta sola no te da alas. Discinesia escapular o escápula alada

Paciente de 29 años que acude por omalgia izquierda postraumática.

Antecedentes personales: accidente de tránsito en 2015: politraumatismo en rodillas y hombro izquierdo que requirió ingreso en UCI; neuralgia amiotrófica del hombro o síndrome de Parsonage-Turner (SPT) sin seguimiento posterior; no hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas.

Anamnesis: consulta por omalgia izquierda junto dolor lancinante y limitación de la movilidad en la extremidad superior izquierda (ESI) tras traumatismo en accidente de bicicleta.

Exploración física: se observa escápula izquierda alada con estadio Kibler III (el borde medial se separa del tórax posterior) que aumenta con la antepulsión. Limitación de abducción por encima de 90º de ESI.

Pruebas complementarias: resonancia magnética nuclear de hombro con subluxación acromioclavicular de grado I y lesión de Hill-Sachs; electromiograma con alteraciones sugestivas de afectación del nervio torácico largo (NTL) con signos de cronificación.

Juicio clínico: discinesia escapular por disfunción del serrato anterior secundaria a neuropatía del nervio torácico largo (NTL).

Tratamiento: analgesia con paracetamol, tramadol y gabapentina.

Evolución: rehabilitación física. Se descartó fijación escapulotorácica quirúrgica por parte de traumatología.

Conclusiones: el NTL es un nervio motor puro, dependiente del plexo braquial con un trayecto largo y superficial, lo que predispone para lesiones que originan escápula alada. La acentuación de una escápula alada mediante la antepulsión del hombro indica lesión del NTL y permite realizar el diagnóstico diferencial con la lesión del nervio accesorio espinal. El diagnóstico debe confirmarse mediante electromiograma. Causas: iatrogénicas (más frecuente), posquirúrgica o inducción anestésica; traumáticas, deportivas, compresivas o neurológicas (SPT). Pronóstico: recuperación en un período entre 6 y 12 meses, excepto en caso de SPT, para el cual puede prolongarse hasta dos años. El tratamiento consiste en control del dolor y rehabilitación física o quirúrgica si persiste el cuadro clínico (25% de los casos).

CATALINA SEGUÍ CRESPI
CARLA AMORÓS TORNÉ
TERESA IGEA GONZÁLEZ

Contacte:
catalinaneus@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7337

Doctora, les angines no em milloren

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

Motiu de consulta: odinofàgia amb febre.

Història clínica: enfocament individual: home de 48 anys sense antecedents. Acut a consulta per quadre d'una setmana d'evolució d'odinofàgia, febre i malestar general amb exploració física normal. Es diagnostica d'amigdalitis aguda i s'inicia tractament antibiòtic (amoxicil·lina), ebastina i prednisona. Tres dies després reconsulta perquè el dolor no millora: s'afegeix metamizole. El pacient torna 10 dies després per absència de millora. A nivell privat s'ha reiniciat antibioteràpia (claritromicina). La febre s'ha resolt, però persisteix l'odinofàgia i ha aparegut dispnea i trisme. En l'exploració destaca la presència de ganglis submaxil·lars bilaterals dolorosos i veu vestibular.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes:

- Orientació diagnòstica: amigdalitis lingual complicada.
- Diagnòstic diferencial amb amigdalitis aguda pultàcia, abscess periamigdalí i neoplàsia del sòl de la boca.
- Tractament i plans d'actuació

Es deriva a urgències hospitalàries. A otorrinolaringologia es realitza fibrolaringoscòpia. S'objectiva tumefacció de base de la llengua esquerra, sense reducció del pas aeri, i superfície irregular de l'amígdala lingual, sense ulceracions. Es realitza tomografia computada del coll, que mostra dues col·leccions al sòl de la boca, comunicades, una adjacent al múscul hipoglòs i l'altra centrada a la glàndula sublingual esquerra, que contacta amb el múscul genicoglòs. Estan associades a engruiximent mucós lingual i faringoamigdalí adjacent, sense poder descartar lesió subjacent. Es deriva a centre de referència per a preservació de la via aèria, tractament antibiòtic endovenós i completar l'estudi. Allà s'intenta el drenatge de la col·lecció anterior sense èxit.

Evolució: favorable, resolució del quadre amb tractament mèdic.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: importància de l'exploració física i els criteris per iniciar antibioteràpia i l'antibiòtic d'elecció. Descartar la presència de complicacions davant la no-millora i atendre a l'aparició de nous símptomes. Incongruències per duplictat de seguiment (públic i privat).

ANNA NIERGA LLANDRICH
ESTEL CALL ALSINA
CARME PÀEZ REGADERA
VIOLETA URIACH TIMONEDA
ENRIC ESTÉVEZ ROVIRA
SUSANNA PLANELLA GALINDO

Contacte:
aniergallandrich@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7338

Ens protegeix l'esport del burn-out?

Objectiu: avaluar si la pràctica d'esport o una afició habitual son un factor protector de *burn-out* en el personal d'atenció primària durant la sisena onada de la COVID-19 i, secundàriament, si el *burn-out* ha pogut tenir un impacte negatiu sobre la pràctica de l'esport o d'una afició en aquest context.

Pacients i mètodes: es confecciona un qüestionari anònim incloent el qüestionari validat per a *burn-out* de Maslach i preguntes específiques per a l'objectiu del treball. S'envia a tot el personal del centre via correu corporatiu el desembre 2021 (sisena onada de la COVID-19).

Criteri d'inclusió: treballadors del centre durant l'últim any (tasques assistencials i/o organitzatives).

Criteri d'exclusió: treballadors que no han treballat durant l'últim any.

Resultats: N = 83 (92,22% personal del centre), dels quals el 49,39% tenen *burn-out*.

Dels treballadors que practiquen esport, el 51,61% tenen *burn-out* i dels que no el practiquen un 42,85% (p=0,48).

Dels treballadors que practiquen esport i tenen *burn-out*, el 56,25% l'han reduït (p=1)

Dels treballadors amb una afició, el 48,48% tenen *burn-out* i dels que no en tenen, el 52,94% en pateixen (p=0,1).

Dels treballadors que tenen una afició i tenen *burn-out*, el 58,82% l'han reduïda (p=3).

Conclusions: no hem pogut demostrar que la pràctica d'esport i/o afició sigui un factor protector a patir *burn-out*, ni que patir *burn-out* hagi tingut un impacte negatiu en la pràctica d'esport i/o afició habitual durant la sisena onada de la COVID-19 en el personal d'atenció primària.

Tot i els beneficis demostrats per la pràctica de l'exercici físic o d'aficions en la prevenció de malalties físiques i mentals prevalents, hauríem de buscar i potenciar altres alternatives per a la prevenció del *burn-out*.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BERNAT DE PABLO MARQUEZ
SHAARON ROJAS ATACHAO
MERCÉ FLOGUERA BLASCO
CRISTINA GILI SEGARRA
SHEILA ALONSO GARCÍA
TONI CAÑÓN SANTOS

Contacte:
bernatdepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7340

Percepció dels professionals d'atenció primària de la prescripció d'activitat física

Objectiu: conèixer la percepció dels professionals d'atenció primària sobre els coneixements i capacitats en la prescripció d'activitat física en el seu àmbit.

Material i mètodes: estudi descriptiu basat en una enquesta distribuïda entre els assistents a una jornada d'abordatge de l'activitat física a atenció primària. Es van enquestar 72 professionals sanitaris, incloent metges/esses (55,5%), infermers/es (38,9%) i nutricionistes (5,6%) de l'àmbit d'atenció primària. Un 76,4% de la mostra van ser dones. La mitjana d'edat va ser de 46,4 ± 9,3 anys i la mitjana d'anys d'experiència professional de 21,2 ± 9,8 anys.

Limitacions: mostra limitada als assistents a una Jornada d'abordatge de l'activitat física en un sol hospital de la xarxa pública de Catalunya. La mostra també es podia veure esbiaixada en professionals interessats en la prescripció d'activitat física, ja que l'assistència a la jornada no era obligatòria.

Resultats: un 76% dels metges/esses i un 55% dels infermers/es referien que els seus pacients els consultaven habitualment sobre la prescripció d'activitat física. La majoria de metges/esses (74%) i infermers/es (80%) referia que també realitzaven habitualment prescripció d'activitat física en la seva pràctica diària. Tot i així, només el 58% dels metges i metgesses i el 68% del personal d'infermeria referia tenir els coneixements necessaris per fer-ho.

Es va interrogar sobre patologies davant les quals els professionals es veien capacitats per a prescriure activitat física: obesitat (68% dels metges/esses i 80% infermeria), ansietat i depressió (62% i 67%, respectivament), fibromiàlgia (55% i 61%), artrosi (57% i 56%), dolor lumbar (55% i 51%), cardiopatia isquèmica (55% i 45%) i patologia oncològica (41% i 41%).

Conclusions: els professionals sanitaris es troben en el seu dia a dia amb pacients que necessiten prescripció d'activitat física, encara que consideren que necessitarien més formació per donar-hi resposta, especialment en pacients amb patologies concretes com cardiopatia isquèmica o neoplàsies.

BERNAT DE PABLO MARQUEZ
SHAARON ROJAS ATACHAO
CLAUDIA DASCA ROMEU
MONTSERRAT LLORDES LLORDES

Contacte:
bernatdepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7341

Formació teoricopràctica sobre embenats en residents de primer any

Objectius de l'experiència: donar als residents de primer anys (MIR i EIR) les eines per prescriure correctament diferents tipus d'embenats.

Descripció de l'experiència: els embenats són una eina terapèutica que és utilitzada molt freqüentment a l'atenció primària, tant a la consulta programada com a urgències. Com altres eines terapèutiques, els embenats tenen unes indicacions, contraindicacions i precaucions a tenir en compte i que és important conèixer. La formació dels residents té molt en compte una correcta prescripció farmacològica, però la formació sobre com prescriure o realitzar un embenat és poc freqüent. Aquesta formació teoricopràctica s'ha realitzat els últims anys a la nostra unitat docent, per als MIR i EIR de primer any, amb una molt bona rebuda en les avaluacions rebudes.

Conclusions: els embenats són una eina terapèutica utilitzada a l'atenció primària i cal saber-ne les indicacions i contraindicacions. Una formació sobre embenats als residents permet que en facin un bon ús en la seva pràctica diària.

Aplicabilitat: animem a tota unitat docent a realitzar aquest tipus de formació a MIR i a EIR, vista la bona rebuda que hem tingut entre els nostres residents.

GEMA ESTRADA BANCELLS
MIREIA HERNÁNDEZ MACHADO
REBECA SEGURA BORRÁS

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7343

Motiu de consulta: múltiples angiomes en lactant d'un mes. Què hem de fer?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: lactant d'1 mes, portat per la mare per lesions vasculars compatibles amb angiomes: una al cap; una al tòrax; una a la zona costal; una al gluti dret, i una a la cama.

Història clínica: com habitualment no piquen, els angiomes no solen necessitar tractament, tret de comptades excepcions, quan ho exigeix la seva localització. El veritable risc depèn de la zona on es localitzi la taca.

Els que es distribueixen a l'àrea de la barba s'associen de vegades a hemangiomes de la via aèria. Els hemangiomes lumbosacres solen amagar un disrafisme espinal o malformacions anorectals i urogenitals. Els hemangiomes cutanis múltiples poden ser signe d'una hemangiomatosi visceral, amb més freqüència hepàtica, que es compliqui amb insuficiència cardíaca o malaltia tiroïdal.

Tractament: de moment es fa control de les lesions i se sol·licita ecografia abdominal per descartar repercussions sistèmiques.

Diagnòstic diferencial: hi ha dues neoplàsies vasculars de creixement ràpid i invasor, diferents de l'hemangioma del lactant (l'hemangioendotelioma kaposiforme i l'angioblastoma o hemangioma "en plomalls"), que són marcadors de la síndrome de Kasabach-Merritt.

Conclusió: els angiomes són petites malformacions vasculars. Entre el 2 i el 10% dels nadons i fins al 30% dels prematurs amb un pes inferior a 1 kg presenten aquest tipus de taques. Se'n desconeix el motiu, però afecta amb més freqüència les nenes. Es localitzen a la pell o sota d'ella i poden aparèixer arreu del cos.

XAVIER MARTÍ SUREDA
BALBOA SOLBAS ÀLEX
DASCA ROMEU CLÀUDIA

Contacte:
xmsureda@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7344

Notàlgia parestèsica, a propòsit d'un cas

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pruija i parestèsies a la regió dorsal.

Història clínica: dona de 35 anys que viu amb el seu marit i dos fills. Professora d'educació primària. Independent per a les activitats de la vida diària. No fumadora ni hàbit enòlic. Sense al·lèrgies conegudes. Com a antecedents patològics té una escoliosi dorsal alta que no necessita tractament, hiperparatiroidisme secundari a dèficit de vitamina D i intervenció d'un quist sacre. Com a medicació habitual pren colecalciferol via oral.

Presenta en relació amb un episodi d'estres a la feina, pruija intensa acompanyada de parestèsies a la regió dorsal, que fan que es rasqui contínuament i interfereixen molt en la seva vida diària. Nega traumatisme recent.

En l'exploració física s'observen dues màcules hiperpigmentades de nivells imprecisos a la regió inter- i subescapular, juntament amb lesions de rascat. L'exploració neurològica és estrictament normal, sense nivell sensitiu a regió dorsal.

Com a proves complementàries se sol·licita analítica general amb funció tiroïdal, renal i hepàtica, que són normals. Virus neuròtrofs negatius.

L'orientació diagnòstica és una notàlgia parestèsica.

Com a diagnòstic diferencial es van plantejar virus herpes zòster amb hiperpigmentació postinflamàtoria, líquen pla i amiloïdosi macular.

Tractament amb capsàicina tòpica 0,025%, tres aplicacions al dia i fucidine 2% tòpic per a la fol·liculitis per rascat.

Al cap de quatre mesos, la pruija era residual, no interferia amb la vida diària i no necessitava tractament. La zona hiperpigmentada era mínima i ja no presentava lesions per rascat. Se sol·licità un electromiograma, però a causa de la millora clínica no es realitza.

La notàlgia parestèsica és una entitat comuna, afecta al 10% de la població, però sovint es troba infradiagnosticada. Afecta majoritàriament a dones amb un ràtio de 2:1 a 3:1. El seu diagnòstic és clínic, no requereix proves complementàries. El tractament és simptomàtic.

ANNA BOADA PEIRO
UMA MENAL DE ESCALADA
BERTA FORNÉS OLLÉ

Contacte:
aboadapeiro@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7345

Un simple resfriado que termina con quimio y radioterapia

Àmbit del cas: atención Primaria, Otorrinología.

Motivo de consulta: pérdida de audición del oído derecho.

Historia clínica: paciente de 44 años, originario de Rumania. Intervenido de pólipos nasales a los 20 años y amigdalectomía en la infancia.

Consulta por mucosidad nasal con congestión y otalgia de 3 meses de duración, no presenta mejoría tras múltiples visitas con tratamiento antibiótico y antiinflamatorios no esteroideos. En los últimos 3 días ha aparecido de cefalea hemicraneal derecha y pérdida de audición derecha.

Exploración física: otoscopia derecha con presencia de cerumen escaso, conducto auditivo externo enrojecido con membrana timpánica retraída y opaca, con posible perforación.

Diagnóstico diferencial: patología infecciosa (otitis externa maligna), patología tumoral benigna (osteoma), patología tumoral maligna (carcinomas epidermoides), patología del oído medio con tímpano abierto (perforación timpánica, otitis crónica mucosa, otitis crónica colesteatomatosa).

Identificación de problemas: paciente reconsulta a urgencias una semana después por empeoramiento y presenta visión borrosa y diplopía. Una tomografía computarizada de cráneo muestra ocupación del seno esfenoidal con extensión en *cavum* y ocupación parcial de las celdas mastoideas bilaterales. Se realiza fibrolaringoscopia con toma de biopsia, lo que permite llegar al diagnóstico definitivo.

Juicio clínico: carcinoma indiferenciado de nasofaringe cT4N1M0 en estadio IVA, con extensión en la base del cráneo y clínica neurológica secundaria.

Tratamiento y planes de actuación: en comité se opta por tratamiento quimioterápico y radioterapia concomitante.

Evolución: tras seguimiento por oncología radioterápica, se solicita resonancia magnética y no se visualiza recidiva.

Conclusiones: ante un paciente con persistencia de sintomatología congestiva, deberíamos interrogar sobre sintomatología acompañante y hacer una exploración física exhaustiva para descartar una posible patología grave. El carcinoma de *cavum* presenta, en el 50% de los casos, adenopatía cervical alta e ipsilateral, sobre todo a nivel posterior, por lo que no hay que olvidar este punto de la exploración.

BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ
SHAARON ROJAS ATACHAO
CRISTINA ORTEGA CONDES
MONTSERRAT GAVAGNACH BELLSOLÀ
TERESA CLANCHET AISA
MONTSERRAT LLORDES LLORDES

Contacte:
bernatdepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7346

Qui ha de prescriure activitat física segons els professionals d'atenció primària?

Objectiu: conèixer l'opinió de metges/esses i infermers/es d'atenció primària sobre qui consideren que són els professionals adequats per prescriure activitat física als pacients.

Material i mètodes: estudi descriptiu basat en una enquesta distribuïda entre els assistents a una jornada d'abordatge de l'activitat física a atenció primària. Van participar-hi 72 professionals, incloent metges/esses (54,1%) i infermers/es (45,9%). Un 76,4% de la mostra van ser dones, la mitjana d'edat va ser de 46,4 ± 9,3 anys i la mitjana d'experiència professional de 21,2 ± 9,8 anys.

Limitacions: mostra limitada als assistents de jornada d'abordatge de l'activitat física en un sol hospital de la xarxa pública de Catalunya. La mostra també es podia veure esbiaixada pel que fa a professionals interessats en la prescripció d'activitat física, ja que l'assistència a la jornada no era obligatòria.

Resultats: es va demanar als metges/esses i infermers/es d'atenció primària que posessin una nota de l'1 al 10 sobre quin grau de capacitat creien que tenien els diferents professionals relacionats amb l'activitat física per poder prescriure exercici. Els metges van avaluar amb la nota més alta els metges de l'esport (nota mitjana de 7,9 ± 2,7), seguit per fisioterapeutes (7,4 ± 2,6), llicenciats en ciències de l'activitat física (7,2 ± 2,8), metges rehabilitadors (7,1 ± 2,7) i, per últim, metges/esses i infermers/es d'atenció primària (5,5 ± 2,7 en ambdós col·lectius).

Infermeria, per altra banda, va avaluar també amb la nota més alta els metges de l'esport (8,5 ± 1,7), després fisioterapeutes (8,2 ± 1,9), metges rehabilitadors (8,2 ± 1,8), llicenciats en ciències de l'activitat física (7,9 ± 2,1), infermers/es d'atenció primària (6,8 ± 2,4) i, per últim, els metges d'atenció primària (6,7 ± 2,4).

Conclusiones: els professionals d'atenció primària tenen una baixa percepció d'ells mateixos pel que fa a la seva capacitat per prescriure activitat física als seus pacients, en comparació amb la d'altres professionals. L'exercici ha demostrat ser un pilar fonamental per al tractament dels nostres pacients i, per tant, caldria aprofundir en les raons d'aquesta baixa percepció i intentar millorar-la.

SANDRA HORNILLOS BRUGAT
CLARA CARRASCO RAURET
ALBA ESTELA MORALES

Contacte:
shornillosbrugat@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7348

No entenc per què se m'escampen les taques

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lesions cutànies "de sempre" que s'estan escampant a calota, submamari i a nivell abdominal.

Història clínica: antecedents personals: pancreatitis agudes recidivants; queratosi seboreica de predomini submamari, tractades per dermatologia privada.

Anamnesi: consulta perquè objectiva que les lesions que es va tractant des de fa anys amb el seu dermatòleg privat per a curetatge a nivell submamari s'estan escampant, i es presenten ara a calota, genitals i abdomen.

Exploració: destaquen múltiples màcules hiperpigmentades de textura de "pell de taronja" a l'esquena i tronc, regió axil·lar. Nombroses pàpules infracentimètriques, no pigmentades, de predomini a la regió frontal, que s'estenen pel cuir pilós. No adenopaties. No visceromegàlies. Macroglòssia. Auscultació cardiopulmonar normal

Proves complementàries: s'empra el llevabocins dèrmic (*punch*) a la consulta: AP compatible amb amiloïdosi, roig del Congo positiu i infiltrat limfoplasmocitari.

A l'anàlítica destaca un lleu augment de FA i al proteïnograma hipogammaglobulinèmia del 8,2%, amb augment de cadenes lambda 31.81.

Davant dels resultats es deriva a medicina interna + hematologia per a estudi d'amiloïdosi amb possible mieloma múltiple associat.

Diagnòstic final: amiloïdosi AL sistèmica amb afectació cutània disseminada + mieloma múltiple.

Ecocardiografia sense alteracions.

Biòpsia MO: compatible amb mieloma vs. Plasmocitoma.

Ressonància magnètica *all body*: sense afectació òssia.

Actualment: inici del tractament quimioteràpic i pendent de valorar auto-TPH.

Conclusions: és important destacar les eines que tenim a atenció primària, i que a vegades tenim oblidades, per afinar els diagnòstics. En aquest cas, el *punch* cutani ja ens havia donat el diagnòstic juntament amb l'anàlítica que el complementa.

I per altra banda, cal observar els signes d'alarma. La pacient, en aquest cas, inicialment volia que féssim curetatge de les seves lesions aparentment queratòsiques, però el canvi de les característiques tant macroscòpiques com dermatoscòpiques ens crida l'atenció i fa que reorientem el cas.

BERNAT DE PABLO MARQUEZ
SHAARON ROJAS ATACHAO
TERESA CLANCHET AISA
MONTSERRAT GAVAGNACH BELLSOLÀ

Contacte:
bernatdepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7349

Jornada sobre l'abordatge de l'activitat física a l'atenció primària

Objectius de l'experiència: actualització per als professionals d'atenció primària en la prescripció d'activitat física.

Descripció de l'experiència: es va realitzar una jornada d'abordatge de l'activitat física a l'atenció primària orientada a tots els professionals d'aquest àmbit. Hi van assistir 110 persones, incloent metges/esses i infermeres/es d'atenció primària, nutricionistes, metges rehabilitadors i estudiants universitaris.

La jornada va consistir en tres taules rodones multidisciplinàries on es va parlar de d'actualitzacions sobre eines de prescripció d'activitat física, complicacions de l'activitat física (lesions, patologia cardíaca), prescripció en el pacient d'edat avançada, en el pacient amb dolor lumbar i en el pacient oncològic. Hi va participar també un psicòleg, que parlà d'eines motivacionals per abordar els pacients i un metge de família compartint un treball comunitari de *nordic walking*.

Conclusions: l'activitat física ha demostrat que és una eina imprescindible per al manteniment del benestar i la salut, així com per al control de múltiples patologies. Els professionals d'atenció primària són un pilar clau per al foment i la prescripció d'activitat física i és de gran importància mantenir una bona actualització dels coneixements.

Aplicabilitat: una actualització constant per als professionals de diferents àmbits és imprescindible per a una bona atenció dels nostres pacients i cal fomentar iniciatives que permetin aquesta formació de forma regular.

SANDRA HORNILLOS BRUGAT
ALBA ESTELA MORALES
AIDA CORPES COMES

Contacte:
shornillosbrugat@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7350

I si no és una simple hipercolesterolèmia?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: "Estic angoixada i em sento molt fatigada."

Història clínica: antecedents personals: portadora d'HbS <35% i possible concomitància amb alfatalassèmia; embaràs ectòpic recent que va requerir salpingectomia esquerra laparoscòpica urgent.

Anamnesi i exploració: primera visita: pacient de 36 anys, natural de Gàmbia, amb barrera idiomàtica important, que acut perquè està molt angoixada per la difícil integració al país, fatiga associada i pèrdua de pes de 3-4 kg en 6 mesos. S'explora un component ansietat important. A més, arrel d'un embaràs ectòpic, fa 2 mesos que ha iniciat anticonceptius combinats hormonals orals (ACHO). Es decideix analítica d'arribada: destaca hipercolesterolèmia de 398. S'inicia estatina i es retiren ACHO.

Visites posteriors: la pacient reconulta al cap d'unes poques setmanes perquè ha hagut de deixar l'estatina per miàlgies i edemes a les cames.

Decidim ampliar analítica, que per motius de pandèmia es retarda i a l'analítica de control ampliada s'objectiva: ColT 493; HDL 100; LDL 377; proteïna 4,6; albúmina 2.49 g/dl; creatinina 3,1 g.

Citem a la pacient. Presenta una pèrdua de 13 kg respecte l'última visita (feia 2 mesos), empitjorament de l'estat general, orina espumosa i empitjorament dels edemes "decliús" durs, pels quals no havia consultat per motius culturals.

Es contacta telefònicament amb nefrologia: decideixen l'ingrés URGENT per a estudi de síndrome nefròtica.

Diagnòstic: durant l'ingrés es realitza biòpsia renal. Antecedents personals: glomerulonefritis membranosa.

Tractament i plans d'actuació: actualment està pendent d'iniciar tractament per part de nefrologia. De moment, reintroducció d'estatines i inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina.

Aplicabilitat a la medicina de família.

Destaquem el canvi de to del diagnòstic d'una simple hipercolesterolèmia, probablement detectada a l'inici de la clínica d'una síndrome nefròtica. També el fet que s'han de tenir tots els factors en compte com a metge de família, fins i tot en els diagnòstics de factors de risc.

PATRICIA ESCOLAR MOÑO
MARÍA DEL CARMEN RÍOS JIMÉNEZ
HÉCTOR SIMÓN PÉREZ OCHOA

Contacte:
patriciaescolarm@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7351

Tos i febrícula. Més enllà de la COVID-19

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: tos irritativa i febrícula.

Història clínica: enfocament individual: home de 72 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia i neoplàsia mucinosa inductual pancreàtica, que va consultar a l'atenció continuada del centre d'AP per tos irritativa i astènia d'un mes d'evolució. Presentà febrícula la setmana anterior. Des de feia 2 mesos referia dolor toràcic alt opressiu, sense vegetatisme ni altra simptomatologia acompanyant. Inicialment havia estat visitat a urgències hospitalàries, amb exploracions complementàries normals (electrocardiograma, radiografia de tòrax, analítica amb troponines i fibrogastrososcòpia), i s'orientà com a possible malaltia per reflux gastroesofàgic (MRGE).

Exploració física al centre d'AP: crepitants bibasals a l'auscultació, febrícula (37,6 °C), sense altres alteracions. En la radiografia es va objectivar un vessament pleural bilateral pel que va ser remès a l'hospital. Analíticament destacaven reactants de fase aguda i dímer D elevats, gasometria arterial normal i PCR per a SARS-CoV-2 negativa. L'angiotomografia computada toràcica va informar de vessament pericardíac i pleural bilateral. L'ecocardiograma va mostrar vessament pericardíac moderat-greu sense repercussió hemodinàmica.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: oleuropericarditis d'evolució subaguda i causa incerta amb vessament pericardíac moderat-greu secundari, sense repercussió hemodinàmica. Diagnòstic diferencial: pneumònia (COVID-19/típica/atípica), tromboembolisme pulmonar, cardiopatia isquèmica, patologia aòrtica, MRGE i dolor osteomuscular.

Tractament i plans d'actuació: es va indicar ingrés i repòs relatiu, s'inicià àcid acetilsalicílic i colquicina.

Evolució: estudi etiològic negatiu. L'ecocardiograma de control va mostrar millora franca del vessament pericardíac, per la qual cosa i la resolució de la simptomatologia, es va decidir alta amb tractament i seguiment ambulatori.

Conclusions: davant d'un pacient amb simptomatologia respiratòria, el judici clínic del metge de família es podria veure influenciat en el context de la pandèmia actual. Cal no oblidar que hi ha altres diagnòstics diferencials potencialment greus. El curs subagut de la simptomatologia, l'anamnesi detallada, l'exploració física i la radiografia de tòrax van ser claus per al diagnòstic.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NURIA DOT CODINA
SANTIAGO AVILÉS CIGÜELA
JOSE DE GRAU BASSAL
NATALIA SÁNCHEZ GÓMEZ

Contacte:
mndot@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7352

Doctora, em fa mal la cama dreta

Home de 69 anys, sense al·lèrgies ni hàbits tòxics, amb hipertensió arterial i dislipèmia sense tractament farmacològic. Com antecedent principal, un infart bitalàmic amb recuperació completa i tractament antiagregant. Nega cardiopaties, pneumopaties o cirurgies prèvies.

Acut a urgències d'atenció primària per dolor a tota l'extremitat inferior dreta. Explica que des de fa 15 h té dolor que millora en repòs, inicialment al panxell i posteriorment a tota l'extremitat, que també s'ha inflat i canviat de color i de temperatura. Nega dolor toràcic, palpitations, dispnea, febre o altra simptomatologia. Nega traumatisme, picada d'insecte o viatges llargs recents.

En la exploració física, el pacient està hemodinàmicament estable, eupneic i sense febre. Destaca l'extremitat inferior dreta amb empastament muscular, eritema, edema, augment de la temperatura i xarxa venosa superficial des de la cuixa fins als dits dels peus; signe de Homans positiu i polsos distals presents.

Sota la sospita de trombosi venosa profunda (TVP) a tota l'extremitat es deriva a urgències hospitalàries. Donada l'alta probabilitat (puntuació de 5 a l'escala clínica de Wells i dímer D elevat fins a 1.608 ng/l, és positiu si >500), finalment es realitza eco-Doppler venosa que confirma una TVP iliofemoropoplítia.

Es decideix alta a domicili amb tractament anticoagulant i mitges elàstiques de compressió mitja durant el dia. Se cita el pacient per a control i completar l'estudi pel seu metge d'atenció primària, servei d'angiologia i cirurgia vascular i hematologia.

Considerem l'ecografia Doppler dels membres inferiors com una eina amb potencial benefici a l'atenció primària, donada la seva ubicuitat, la possibilitat de visualitzar en directe els vasos sanguinis i els òrgans, i, en general, la seva eficiència. Permet, amb una correcta formació del professional, el diagnòstic de patologies a la pròpia consulta i, per tant, estalviar la derivació del pacient a altres recursos sanitaris.

CATALINA NEUS SEGÚI CRESPI
TERESA IGEA GONZÁLEZ
CARLA AMORÓS TORNE
CRISTINA IGLESIAS GARRIÓN

Contacte:
catalinaneus@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7353

Amiloïdosi cardíaca, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: lumbàlgia aguda i tos.

Història clínica: enfocament individual: pacient de 88 anys amb antecedents patològics d'hipertensió, insuficiència renal crònica, hipertròfia benigna de pròstata i fibril·lació auricular persistent descoagulada amb edoxaban. Acut a consulta per lumbàlgia aguda de 2 mesos d'evolució amb davallada funcional i sense antecedent traumàtic. Es realitza tractament analgèsic oral anterior a la realització de la radiografia lumbar (que mostrava signes osteodegeneratius amb pinçament L5-S1) i infiltracions de corticoides sense millora.

Paral·lelament, tos seca d'un any d'evolució. A la radiografia tòrax es mostra cardiomegàlia i cisuritis. Es realitza ecocardiograma davant la sospita d'insuficiència cardíaca evidenciant insuficiència mitral moderada e insuficiència tricuspídea severa amb disminució de la FEVI a 37% secundària a fibril·lació auricular. Se suspèn ramipril (com a possible etiologia de la tos crònica) i s'inicia losartan, sense millora. Es realitza espirometria i s'objectiva patró no obstructiu moderat. PPD negatiu i cardiomegàlia a la tomografia computada toràcica. Finalment, es realitza gammagrafia òssia i s'objectiven dipòsits de difosfonats al miocardi. Derivat a cardiologia amb realització de pro-BNP: 7.700.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

Orientació diagnòstica: amiloïdosi cardíaca (amiloïdosi per transtiretina [ATTR]).

Diagnòstic diferencial de tos crònica; insuficiència cardíaca (criteri menor de Framingham), procés neoplàsic i efecte secundari a fàrmacs.

Tractament i plans d'actuació

Analgèsia, millora de la qualitat de vida.

Evolució: desfavorable, no resolució. Limitació actual de tractament.

Conclusions i aplicabilitat a la medicina de família: patologia que constitueix un vertader repte diagnòstic de la pràctica clínica amb augment de la incidència gràcies a la utilització de tècniques d'imatge. La gammagrafia òssia amb marcatge és una eina clau de baix cost i disponible en el nostre medi per al diagnòstic precoç (no consta actualment a les guies de pràctica clínica). Ofereix un benefici clínic per a molts pacients.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

XAVIER LÁZARO NAVARRO
LAIA PONT SERRA
MARC JIMÉNEZ GALLOFRÉ

Contacte:
xlazaron.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7354

Tregui's la samarreta, si us plau

Àmbit del cas: consulta d'atenció primària (AP) d'un centre semirural.

Motiu de consulta: pacient home de 63 anys acut al centre d'AP perquè ha tingut un accident de trànsit: un cotxe ha xocat amb el seu per darrera. Presenta dolor a les cervicals i a la musculatura dorsal dreta.

Història clínica: pacient sense antecedents mèdics destacats, refereix cervicodorsàlgia i limitació de la mobilitat cervical des de fa 24 h.

A l'exploració, objectivo contractura muscular cervicodorsal dreta, sense dolor a la palpació d'apòfisis espinoses ni transverses.

Durant l'exploració observo una màcula a la pell de color negre-marronós, localitzada a mitja esquena, d'un centímetre de diàmetre aproximadament. Pregunto al pacient, que respon que fa un parell de mesos que la té, però no havia consultat perquè no li molesta.

Donat que té diferents tonalitats de color i marges irregulars, decideixo fotografiar la lesió per realitzar teledermatologia i utilitzar el dermatoscopi, que mostra patró reticular, atípic i zones de reticle gruixut pigmentat.

Orientació diagnòstica: melanoma vs. nevus melanocític.

Evolució: visitat per dermatologia de manera preferent, es confirma diagnòstic de melanoma i es realitza exèresi 25 dies després de la visita al CAP.

Conclusions:

- El melanoma és una de les neoplàsies malignes que més han augmentat la seva incidència els darrers anys i cal incloure'l en el diagnòstic diferencial.
- Una correcta exploració física ha d'incloure retirar la roba de la zona a explorar.
- La dermatoscòpia és una eina molt útil a l'AP i permet millorar l'orientació diagnòstica de les lesions cutànies.
- Les consultes per afeccions dermatològiques són molt freqüents en AP. El desenvolupament d'eines de salut digital que ajudin els professionals en el diagnòstic i facilitin la consulta amb altres professionals és un mecanisme per millorar l'eficàcia en l'assistència del pacient.

XAVIER LÁZARO NAVARRO
EMMA CARNÉ ROVIRA
GEMMA GÓMEZ GONZÁLEZ
LAIA PONT SERRA

Contacte:
xlazaron.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7355

Creació de l'equip d'atenció a les residències de l'equip d'atenció primària

Objectius de l'experiència:

- Assegurar una bona qualitat assistencial en l'àmbit de les residències des de l'atenció primària (AP).
- Optimitzar els recursos assistencials, tant materials com humans.
- Unificar criteris d'actuació.
- Disminuir la càrrega assistencial dels professionals de l'equip d'AP.
- Millorar la comunicació entre diferents recursos assistencials.
- Reactivar i potenciar l'ús de l'ECAP a les residències.
- Registrar l'Índex de Fragilitat (VIG) de tots els usuaris.

Descripció de l'experiència: davant la necessitat detectada per l'equip d'AP, hem creat la Unitat d'Atenció a les Residències, per cobrir les demandes específiques de les residències de l'àrea bàsica de salut. Oferim cobertura a set centres, dispersos geogràficament en quatre municipis, amb un total de 357 residents amb nivells alts i molt alts de fragilitat i vulnerabilitat. La funció de la unitat és assegurar la millor assistència sanitària a aquest col·lectiu amb necessitats específiques i optimitzar els recursos existents. Això implica un seguiment acurat de la prescripció (mitjançant sessions periòdiques amb la farmacòloga de referència), l'ús de material sanitari (mitjançant registres mensuals) i altres recursos públics, com derivacions, material ortopèdic, transport sanitari, proves complementàries...

Conclusions:

- La creació d'una unitat específica d'atenció a les residències a l'equip d'AP ha millorat els diferents indicadors assistencials dels pacients atesos, el registre de persones amb cronicitat complexa (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA), i l'actualització dels plans d'intervenció individuals i compartits (PIIC) i dels índexs de fragilitat (VIG).
- Hem disminuït les derivacions hospitalàries, el nombre d'urgències realitzades, el cost dels plans de medicació i bolquers.
- La resta de l'equip ha reduït la càrrega assistencial i ha millorat els estàndards de qualitat assistencial i farmàcia.
- Satisfacció per part de professionals de residències i de l'equip d'AP a les enquestes realitzades.

Aplicabilitat: equips d'AP amb un nombre elevat de pacients ingressats en residències o amb una dispersió geogràfica important.

ANNA AIDA MARTÍ ARASA
ESTEFANÍA GARCÍA BANDE
OMAR JAVIER TACORONTE ROMERO

Contacte:
anna.aida.marti@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7356

Senyals d'alerta que no ens haurien de passar per alt

Home de 52 anys hipertens, amb parèsia crural dreta residual a infart isquèmic, orquiectomia per gangrena de Fournier, disfàgia per estenosi esofàgica refractària d'origen pèptic i que necessita múltiples dilatacions i és portador de pròtesi esofàgica. Hàbit enòtic greu, polineuropatia, degeneració cerebel·losa i deteriorament cognitiu lleu per encefalopatia de Wernicke. Fa 2 anys que refereix gran sofriment vital perquè està enllitat i pel seu mal estat funcional. En reiterades ocasions ha verbalitzat el desig de morir i ha realitzat varis intents autolítics. Acut a urgències per empitjorament de la seva disfàgia habitual.

Institucionalitzat per a l'atenció global, totalment dependent per a les activitats bàsiques, però amb conversa coherent, capaç d'expressar sentiments i justificar-los. Es decideix incapacitar-lo per aquests motius, a càrrec d'una tutora legal i amb nul suport familiar.

Hemodinàmicament estable, estridor laringi, lleu dispnea i saturacions correctes. Sialorrea, cavitat orofaríngea lliure. Anàlítica amb elevació de reactants de fase aguda. La radiografia de tòrax mostra cos estrany a nivell esofàgic. A la fibrogastrosccòpia s'objectiven diverses piles, una d'elles desintegrada totalment, enclavada a nivell esofàgic, mucosa adjacent ulcerada amb alt risc de perforació i mediastinitis. Abordatge quirúrgic desestimat per gran morbimortalitat.

Donat el mal pronòstic a curt termini i l'estat funcional, es decideix un abordatge paliatiu i és èxitus als dos dies.

Conclusions: es tracta d'un pacient amb mala qualitat de vida, que en reiterades ocasions ha sol·licitat el final de vida i ha realitzat múltiples intents autolítics. Aquest cas ens fa pensar si realment era necessari allargar el patiment psíquic del pacient durant els últims anys, si es podria haver evitat aquest desenllaç fatal d'ingesta voluntària.

?

Actualment, amb la llei d'eutanàsia vigent a Espanya, des del 24/03/21, ja es podria plantejar l'opció de posar fi a la vida de pacients com el d'aquest cas, que l'experimenten com a inacceptable i amb constant patiment, a causa dels estats funcionals immillorables que presenten i que en molts casos són incurables.

ALBA ESTELA MORALES
PALOMA SALAMANCA CUENCA
MERITXELL FERRER SEMPERE

Contacte:
albaestmo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7358

Doctora, no puedo llevar mascarilla, que me ahogo

Mujer de 55 años que consultó en el centro de atención primaria por disnea de un año de evolución, coincidiendo con el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 y que relacionaba con el uso de mascarilla. Antecedente de infección por SARS-CoV-2, con empeoramiento posterior de la disnea hasta ser de mínimos esfuerzos. Ante una exploración física normal y una radiografía de tórax anodina, derivamos a neumología y acordamos control evolutivo.

A los 15 días, la paciente presentaba empeoramiento de la disnea y desaturación en reposo. Se derivó a urgencias hospitalarias para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP) post-COVID-19. En urgencias se realizó angio tomografía computarizada (TAC) pulmonar que descartó TEP, pero que mostraba signos compatibles con hipertensión pulmonar (HTP).

Durante el estudio por neumología, las pruebas complementarias realizadas descartaron causas secundarias de HTP (analítica, gasometría en sangre arterial basal, pruebas funcionales respiratorias, ecocardiograma, gammagrafía de perfusión y TAC de alta resolución pulmonar). Se estableció mediante cateterismo cardiaco el diagnóstico definitivo de hipertensión pulmonar primaria moderada. Actualmente, la paciente forma parte de un ensayo clínico, realiza seguimiento con neumología de su hospital de referencia y con la Unidad de HTP de un hospital de primer nivel y se mantiene clínicamente estable. Aun así, es un caso complejo que requiere control estrecho por MAP y diversas estrategias de apoyo (psicología, trámites de incapacidad transitoria, etc.)

Conclusión: la pandemia por COVID-19 ha supuesto un contexto complejo para el diagnóstico de algunas patologías en atención primaria, ya que la infección por COVID-19 y sus complicaciones atraían toda nuestra atención. Por ello, debemos destacar la importancia de una correcta derivación a urgencias al identificarse signos de alarma y descartar, así, patología urgente y orientar futuros diagnósticos que pasen desapercibidos.

SHAARON ROJAS ATACHAO
BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ
MERCÉ FOLGUERA BLASCO
DAVID ORTIZ CIRUELA
JANA ORTIZ CIRUELA
CARLOS GARCÍA MARTÍ

Contacte:
bernatdepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7359

Percepcions i coneixements del suport vital bàsic entre entrenadors de basquetbol a Catalunya

Tex Objectius: conèixer la percepció d'entrenadors esportius sobre el suport vital bàsic en l'àmbit esportiu.

Material i mètodes: estudi descriptiu basat en una enquesta distribuïda entre tots els entrenadors titulats de 14 clubs de basquetbol de la província de Barcelona. Es va distribuir l'enquesta entre 270 persones, amb una taxa de resposta del 82,6%. La mitjana d'edat dels participants va ser de 23,5 ±5,6 anys i el 69,5% eren homes.

Limitacions: la Federació Catalana de Basquetbol té un total de 5.800 llicències federatives d'entrenador/a, per aquest fet la mostra no és representativa.

Resultats: de les 223 respostes, només 2 persones havien hagut de realitzar maniobres de suport vital bàsic en l'àmbit de l'esport. Un 41% dels enquestats havien rebut formació sobre suport vital bàsic, però només un 29% del total en els darrers 5 anys. En una escala de l'1 al 10, els enquestats consideraven que el coneixement de maniobres de suport vital bàsic per part dels entrenadors esportius tenia una importància de 7,6 ±2,1 i que la possibilitat d'haver de realitzar maniobres de suport vital bàsic en l'àmbit de l'esport els generava una preocupació de 8,1 ±1,2. Només un 15% dels enquestats referien tenir d'un protocol d'actuació en cas d'urgència mèdica en el seu club.

Conclusions: la incidència anual d'aturada cardiorespiratòria en el món de l'esport s'estima en 2/100.000 persones/any. És de vital importància que aquells que presencien una aturada cardiorespiratòria actuin de forma ràpida i efectiva, per la qual cosa una formació continuada és imprescindible. Els resultats del nostre estudi mostren que la formació en suport vital bàsic entre entrenadors de basquetbol és escassa, encara que tots consideren que és un tema important i que els genera preocupació. La formació en suport vital bàsic en l'àmbit comunitari és una estratègia que contribueix a salvar vides.

RAFEL BASSAGANYAS VANCELLS
THOMAS HUGHES
NURIA BLASCO AHICART

Contacte:
rafelbassaganyas610@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7360

La ràbia i mossegades d'animals

Àmbit del cas: urgències d'hospital provincial.

Motiu de consulta: mossegada de ratpenat.

Història clínica: dona de 39 anys, resident a zona rural del prepirineu sense antecedents personals ni patològics d'interès.

Consulta a urgències per mossegada de ratpenat a domicili, posterior succió de la sang amb la boca. Acudeix al consultori local demanant la vacunació de la ràbia i la deriven a urgències de l'hospital provincial.

A l'exploració, s'objectiva doble ferida puntiforme a la falange distal del dit anular de la mà esquerra. No explica febre ni dolor local.

Es comenta el cas amb salut pública de guàrdia (SUVEC) i, tot i considerar-se Catalunya una zona no endèmica de ràbia, al tractar-se d'un ratpenat, es recomana netejar la ferida, administrar localment la immunoglobulina antiràbica i administrar vacuna de la ràbia.

S'administra immunoglobulina G (IgG) localment i vacunació al braç contralateral.

Es dona cita per administrar tres vacunes de record al mes següent.

Es realitza comunicat judicial i notificació a salut pública.

Conclusions i aplicabilitat per a medicina de família: les mossegades d'animal són un motiu de consulta urgent a l'atenció primària. Les recomanacions generals varien segons el tipus d'animal i la zona geogràfica. De manera resumida, es recomana tractament antiràbic si es tracta d'un animal domèstic (gos o gat) o animal salvatge d'una zona endèmica de ràbia. A les zones no endèmiques, únicament es realitzarà tractament antiràbic si es tracta d'una mossegada de ratpenat. El tractament inclou administració d'IgG específica antiràbica i completar pauta de vacunació antiràbica.

JOSEFA BERTRAN CULLA
MÓNICA JIMÉNEZ PANCORBO
SUSANA TORRALBA SÁNCHEZ
JOSÉ DOMÍNGUEZ CARMONA

Contacte:
pepabertran@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7362

Adaptació de la unitat territorial d'atenció a la cronicitat i complexitat a la primera onada de la COVID-19

Objectius de l'experiència: explicar el procés d'adaptació de la unitat territorial d'atenció a la cronicitat i complexitat (UTACC) durant la primera onada de la COVID-19 el març del 2020.

La incertesa, la contrarietat dels protocols, la por per la vida dels pacients, i per la nostra, l'ansietat, la falta de recursos, les necessitats canviants i les limitacions de dispositius i recursos...

Ens vam reinventar, innovar, adaptar i vam crear circuits inexistents, per donar resposta a les necessitats dels nostres pacients i dels equips d'atenció primària (EAP) i de les residències geriàtriques (RG), i liderant l'atenció de les persones institucionalitzades (PI).

Descripció de l'experiència: de març a juny del 2020 vam incorporar 2 infermeres i 2 metges a temps complet al nostre equip, format per 1 metgessa i 5 infermeres per a l'atenció de 1.522 persones institucionalitzades i donant suport als EAP. La col·laboració amb les treballadores socials dels EAP i dels serveis socials locals va ser determinant. Es van crear nous circuits assistencials: hospitalaris, sociosanitaris i d'atenció primària; es van crear canals de comunicació amb els diferents departaments de la Generalitat per a l'aplicació i el compliment de protocols i l'elaboració de plans de contingència. Vam fer detecció i cribratge de pacients i professionals positius en la COVID-19, sectorització de les residències, formació als professionals i seguiment de pacients COVID-19 i no COVID-19, incloent l'atenció al final de vida i a les seves famílies.

Conclusions: durant la primera onada de la COVID-19 vam experimentar la verdadera essència de la nostra professió i la del treball en equip. Han estat determinants: la superació professional, el respecte multidisciplinari, l'aprenentatge compartit, el creixement personal, l'afany professional de donar resposta a les necessitats canviants que requerien solucions immediates i urgents.

Aplicabilitat: el disseny d'aquests circuits i protocols actualment ens ajuda a millorar l'atenció dels problemes de salut i socials.

RAFAEL BASSAGANYAS VANCELLS
THOMAS HUGHES
NÚRIA BLASCO AHICART

Contacte:
rafelbassaganyas610@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7363

Doctor, fa dies que no camino bé

Àmbit del cas: urgències de l'hospital provincial.

Motiu de consulta: debilitat dels membres inferiors en pacient jove.

Història clínica: home de 25 anys que consulta perquè no pot caminar bé.

Sense al·lèrgies conegudes, ni hàbits tòxics, no antecedents d'interès. Jugador de bàsquet, de constitució leptosòmica.

Quadre de 4 dies d'evolució de debilitat a ambdues cames, concretament a la cuixa dreta i a la cama esquerra, sense dolor ni parèsies en els membres superiors associades. No parestèsies. Explica quadre diarreic de 3 dies de durada un mes anterior i que es va associar a cefalea sense febre.

En l'exploració s'evidencia parèsia de quàdriceps dret i de tríceps sural esquerre, marxa atàxica. Reflexes osteotendinosos normals.

Analítica: destaca Na 133, Ca 10.23 i K normal.

Per la sospita de la síndrome de Guillain-Barré, es comenta el cas amb neurologia de guàrdia. Donada l'estabilitat i el pronòstic lleu, es dona d'alta amb estudi ambulatori d'electromiografia i ressonància magnètica (RMN) cerebral i dorsolumbar.

Estudis anti-GD3 negatiu, anti-GM1 negatiu i anti-GQ1b negatiu.

Electromiografia: presència de mononeuritis múltiple que afecta al nervi peroneal comú esquerre i al nervi femoral dret.

RMN dorsolumbar i cerebral pendents d'informar en el moment actual.

Control telefònic als 2 mesos. Indica estabilitat de la parèsia de les cames i aparició de dolor al gluti esquerre.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la síndrome de Guillain-Barré és una entitat poc freqüent que hem de sospitar davant d'una paràlisi ascendent i progressiva que pot presentar-se com a lleu alteració de la marxa. Freqüentment existeix l'antecedent d'infecció prèvia (respiratòria o gastrointestinal), ja que alguns estudis indiquen que *Clostridium jejuni* podria ser el causant d'un subconjunt d'algunes formes de neuropaties. Es recomana la valoració per neurologia per confirmar el diagnòstic i fer seguiment específic.

JOSEFA BERTRAN CULLA
MERCÉ CERVANTES GIBERT
MARÍA ÁNGELES FERNÁNDEZ BALMÓN
MONTSERRAT DOMENECH PEJO

Contacte:
pepabertran@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7364

L'ecografia a peu de llit en una unitat territorial d'atenció a la cronicitat i complexitat

Objectius de experiència: incloure l'ecografia clínica dins l'exploració del pacient crònic complex al domicili com a diagnòstic i seguiment clínic.

Descripció de l'experiència: la unitat està formada per 1 metgessa amb llarga experiència en realització d'ecografies i per 6 infermeres gestores de casos (GC) amb formació en ecografia pulmonar (EP) COVID-19 i 1 en vascular.

Fem atenció domiciliària a pacients crònics complexos (PCC) o amb malaltia crònica molt avançada (MACA).

La unitat disposa de 2 sondes ultraportàtils.

Ecografies de diagnòstic i seguiment clínic al domicili, en un any:

- 67 ecografies pulmonars.
- 41 ecografies cardíques.
- 43 ecografies abdominals.
- 8 ecografies vasculares de les extremitats inferiors.
- 2 ecografies tiroïdals.
- 2 infiltracions ecoguiades d'espalla
- 7 ecografies de les parts toves

L'EP en el diagnòstic i seguiment de la descompensació per insuficiència cardíaca ha estat un nou element per detectar abans la descompensació cardíaca, tractar-la més intensivament i monitoritzar l'evolució del pacient. Així com per millorar el diagnòstic diferencial de la dispnea.

Conclusions: una gran part dels pacients PCC i MACA precisen de tècniques d'exploració i de tractament que es poden realitzar al domicili, on l'ecografia ja forma part de la quotidianitat en la nostra unitat. L'ecografia "al peu del llit" (POCUS) millora la qualitat assistencial, rebaixa la incertesa i escurça el temps de reacció davant d'un nou símptoma dins la complexitat. Millora la comoditat per al pacient perquè evita trasllats i rebaixa la despesa econòmica perquè estalvia proveïdors externs i transport sanitari.

UMA MENAL DE ESCALADA
ANNA BOADA PEIRO
MIREIA HERNÁNDEZ RIBERA

Contacte:
umamenal@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7367

Què fer davant d'un edema facial persistent?

Àmbit del cas: atenció primària (AP)/serveis d'urgències.

Motiu de consulta: cara inflada i mal de coll.

Història clínica: antecedents personals: noia de 19 anys, sense hàbits tòxics. No al·lèrgies conegudes. No antecedents mèdics ni quirúrgics.

Anamnesi: consulta a urgències d'AP per inflamació facial d'uns dies d'evolució i odinofàgia. No febre. Associa l'inici com a secundari a picades de mosquits.

Exploració: edema mandibular bilateral, faringe lleument hiperèmica i resta anodina.

Proves complementàries: Streptotest i test ràpid d'antigen de la COVID-19 negatiu.

Orientació diagnòstica: edema angioneuròtic secundari a picades.

Tractament i plans d'actuació: prednisona 30 mg, Enantyum® 25 mg, cetirizina 10 mg i control per metge de capçalera.

Evolució: inicialment millora, però reconsulta ambulatoriament en múltiples ocasions per reaparició d'edema facial i sensació de cos estrany intermitent a la faringe. Realitzant tandes de corticoides/antihistamítics i s'atribueix a possible reacció al·lèrgica, amb bona resposta a corticoteràpia. Finalment, després d'un mes i de la suspensió de la corticoteràpia presenta gran empitjorament de l'edema cervicofacial amb certa dispnea, fet pel qual reconsulta a urgències. A la tomografia computada toràcica s'objectiva una massa mediastínica i s'orienta com a síndrome de la vena cava superior (SVCS). Es remet a l'hospital de referència per a estudi, amb diagnòstic final de limfoma mediastínic primari.

Diagnòstic diferencial: infeccions víriques, angioedema, inflamació secundària a dentició (queixals del seny), edema per hipotiroidisme, cel·lulitis, SVCS i síndrome de Cushing.

Conclusions: l'svcs és una entitat poc freqüent que es presenta com un conjunt de símptomes produïts per l'obstrucció de la vena cava superior, d'etiologia majoritàriament maligna. Sol instaurar-se progressivament (setmanes) amb dispnea i la tríada clàssica: edema en esclavina, cianosi facial i circulació colateral, que augmenta a l'elevació dels braços per sobre del cap, al decúbit o a l'inclinar-se endavant.

Davant d'un pacient que reconsulta o que no millora cal tenir una mirada crítica, reexplorar-lo, replantejar el diagnòstic i evitar la inèrcia terapèutica per arribar al diagnòstic definitiu.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARÍA NIEVES MAROTO VILLANUEVA
NÚRIA FLORES GUDIÑO
CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL
TRINIDAD PRIVAT GARRIDO
MARÍA TERESA GARCÍA CURIEL

Contacte:
nmaroto@ambitcp.catsalut.net

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7370

Implantació del seguiment estructurat en atenció primària en pacients amb insuficiència cardíaca en la fase més vulnerable

Justificació: la insuficiència cardíaca (IC) és una patologia molt prevalent a la comunitat, amb una elevada morbimortalitat, i un elevat consum de recursos sanitaris i econòmics tant a nivell hospitalari com en atenció primària (AP). Amb cada descompensació disminueix la qualitat de vida i la supervivència del pacient.

A finals del 2015, la taxa de reingrés als 30 dies per IC a Catalunya era del 14%. A l'àrea d'influència del servei d'AP Metropolitana Sud era del 19,5% i concretament al nostre centre era del 17,22%, superior a la mitjana. Era la primera causa d'ingrés a l'hospital de referència. Per això, es va proposar una transformació del procés assistencial que donés resposta a les necessitats i es basés en un treball multidisciplinari entre l'hospital i AP. En AP es va implementar un programa de seguiment estructurat de 3 mesos de durada.

Objectiu: formar els professionals i dotar els pacients del coneixement i habilitats per fomentar l'autocura en IC.

Implantar un seguiment estructurat d'IC en un ambulatori del Prat de Llobregat.

Mètode: es va fer una formació de 10 h als professionals. Es va implementar via clínica: consta de 5 visites de 30 minuts amb infermeria, sent la 1a i la 5a conjunta amb el metge. El pacient va rebre informació oral i escrita. Es van registrar els coneixements adquirits pel pacient. Es van programar sessions mensuals amb cardiologia referent i sessions multidisciplinàries amb l'hospital per valorar les transicions a l'alta.

Conclusió: es van avaluar professionals i pacients i s'observà l'adquisició d'habilitats i coneixements.

Aplicabilitat: pels bons resultats obtinguts, s'ha implementat com a seguiment a la resta de centres d'AP del territori.

JOAN CABRATOSA PLA
NEUS AGUILAR MAS
RICARD TELL CARITG
MARGARIDA FARRS BRASEIRIA

Contacte:
jcabratos.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7371

Utilització de l'ecografia pulmonar en la primera onada de la COVID-19. Una experiència innovadora

Objectiu: valoració de l'afectació pulmonar de la COVID-19 a l'atenció primària (AP), mitjançant ecografia pulmonar.

Durant la 1a onada, el diagnòstic de la COVID-19 a l'AP era únicament clínic, amb poques eines: pulsioxímetre, fonendoscopi, termòmetre... L'ecografia pulmonar va ser una descoberta. Les experiències relatades per altres companys a nivell nacional i internacional, amb videoconferències, seminaris web... van obrir una llum a la incertesa del moment.

Descripció: relatem l'experiència d'abordatge de sospita de la COVID-19 amb ecografia pulmonar, durant la primera onada, i el protocol d'actuació que es va establir. Des del confinament vam destinar una planta de l'àrea bàsica de salut (ABS) a patologia respiratòria (consultes de respiratori, [CR]).

Vam registrar totes les CR (480 visites durant els 2 mesos de 1a onada): filiació del pacient, clínica, constants...

Disposàvem d'ecògraf perquè es van aturar les activitats d'ecografia a AP. Algunes empreses comarcals van col·laborar amb nosaltres i ens van proporcionar EPI, protectors per a l'ecògraf...

Per minimitzar el risc de contagi, s'instaurà l'abordatge ecogràfic per darrera del pacient. L'explorador, amb tamboret de rodes, es desplaça per tots els camps pulmonars: posteriors, laterals, anteriors (imatge).

De 31 de març al 31 de maig de 2020 (mitigació de la 1a onada), vam fer 154 ecografies pulmonars i es valoraren el patró d'airejament, línies A, línies B aïllades, línies B confluents, condensacions subpleurals, nombre d'àrees afectades... (imatges). 77 ecografies van ser normals, 61 amb afectació lleu i 16 suggestives de pneumònia per la COVID-19 (taula).

Conclusions: l'ecografia pulmonar serveix per al diagnòstic d'afectació pulmonar per la COVID-19. Va ser molt útil a la 1a onada, quan no disposàvem de tests diagnòstics.

Va servir i serveix per valorar derivació hospitalària o fer un seguiment estret del pacient.

Útil per al diagnòstic diferencial de la dispnea: COVID-19, asma, crisi d'angoixa...

Aplicabilitat: totes les ABS disposem d'ecògraf. L'ecografia pulmonar complementa els tests de la COVID-19, valorant: afectació pulmonar, gravetat i diagnòstic diferencial. Hem seguit fent ecografies pulmonars a pacients de COVID-19 durant tota la pandèmia.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BÀRBARA NAVARRO ARAMBUDO
ANGELO PAOLO ROSSARIO VARGAS
OLGA BELLA SANCHO
MARÍA DOLORES PELEATO CATALAN
NURIA FLORES GUDIÑO
ENCARNACIÓN DÍAZ CASTRO

Contacte:
bna35677@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7372

Després d'un seguiment estructurat en insuficiència cardíaca en atenció primària augmenta l'autocura?

Justificació: la insuficiència cardíaca (IC) és una patologia molt prevalent a la comunitat, amb elevada morbimortalitat, elevat consum de recursos sanitaris i econòmics tant a nivell hospitalari com en atenció primària (AP). Amb cada descompensació disminueix la qualitat de vida i la supervivència del pacient.

A finals del 2015, la taxa de reingrés als 30 dies per IC a Catalunya era del 14%. A l'àrea d'influència del servei d'AP Metropolitana Sud era del 19,5% i al nostre centre del 17,22%, superior a la mitjana. Era la primera causa d'ingrés al nostre hospital de referència. Es va proposar una transformació del procés assistencial que donés resposta a les necessitats dels pacients, basada en un treball multidisciplinari entre hospital i AP. A AP es va implementar un programa de seguiment estructurat de 3 mesos de durada, que constava de cinc visites amb infermeria, la 1a i 5a eren conjuntes amb medicina.

Objectiu: analitzar el coneixement de l'autocura i corroborar les habilitats per reduir els reingressos hospitalaris després de fer el seguiment estructurat d'IC a AP.

Mètode: estudi de casos i controls. A la darrera visita es van passar qüestionaris per valorar el grau de coneixement de la patologia i de les autocures.

Resultats: hi van haver 28 pacients (53,6% homes i 46,4% dones). El 53,6% va completar el seguiment. El 80% sabia el seu règim flexible de diürètics i aplicar-lo en cas de descompensació. El 46,67% sabia explicar la patologia i els símptomes d'alarma; el 26,67% no en sabia, i el 26,67% no va contestar. El 20% sabia identificar els fàrmacs contraindicats; el 46,67% no en sabia i el 33,33% no va contestar. El 93% va fer el registre diari del pes.

Conclusió: després d'una adequada educació sanitària, hi va haver un bon coneixement de la patologia i un registre elevat del pes.

Caldria millorar el coneixement sobre els fàrmacs contraindicats.

BÀRBARA NAVARRO ARAMBUDO
MARÍA NIEVES MAROTO VILLANUEVA
NÚRIA PÉREZ GUTIERREZ
CARLOTA ÀLVAREZ CARBAJAL
MARTHA TERESA EGOAVIL ROJAS
MARÍA DOLORES PELEATO CATALAN

Contacte:
bna35677@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7373

Després d'un seguiment estructurat en insuficiència cardíaca en atenció primària disminueixen els ingressos?

Introducció: la insuficiència cardíaca (IC) és una patologia molt prevalent a la comunitat amb una elevada morbimortalitat i un elevat consum de recursos sanitaris i econòmics tant a nivell hospitalari com en atenció primària (AP). Amb cada reauditació disminueix la qualitat de vida i la supervivència del pacient.

Implementant un programa de seguiment estructurat en AP en què el pacient adquireix coneixements de la seva patologia i del seu control (reconeixement de signes d'alarma i ús del règim flexible de diürètics) disminueixen les descompensacions, les visites a urgències i els ingressos hospitalaris.

Objectius: valoració de les descompensacions i reingressos en els primers 6 mesos en els pacients inclosos al programa de seguiment estructurat d'IC a AP.

Mètode: estudi descriptiu d'una sèrie de casos. Revisió de les històries clíniques dels pacients inclosos en el seguiment des del juny del 2018 fins al desembre del 2019 en un ambulatori del Prat de Llobregat.

Resultats: van ser inclosos 28 pacients (53,6% homes i 46,4% dones). El 75% va ser derivat des de l'hospital i el 25% des d'AP. El 53,6% en va completar el seguiment. El 46,4% no van acabar el seguiment. Les causes d'abandonament són: per decisió pròpia (8,33%), es va derivar a gestió de casos (33,33%), mort per una altra causa (8,33%), aparició de patologies oncològiques (16,66%), analfabetisme i sense suport familiar (8,33%) i suspensió del seguiment per pandèmia (25%). Hi va haver un 46,4% (13) de descompensacions: 1 va ser atesa a l'hospital i no havia completat el seguiment, i la resta (12) no va requerir atenció hospitalària.

Conclusions: més de la meitat dels pacients van completar el seguiment.

Dels pacients que van acabar el seguiment cap no va requerir atenció hospitalària ni reingrés.

CRISTINA PÉREZ RUIZ
ALMA MARÍA PALOMINO BUSTOS
JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ CRISTOBAL
IVÁN VILLAR BALBOA
NEUS PARELLADA ESQUIUS

Contacte:
cperezr92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7375

Epidemiologia dels pacients infectats per COVID-19 en un centre d'atenció primària després de la finalització de l'estat d'alarma

Objectius: analitzar les característiques sociodemogràfiques dels casos de COVID-19 d'un equip d'atenció primària i avaluar l'ús de recursos sanitaris.

Metodologia: estudi descriptiu dels pacients ≥ 15 anys diagnosticats de COVID-19 confirmats per reacció en cadena de la polimerasa (PCR) o test d'antigen ràpid (TAR) de l'1 de juliol fins al 31 de desembre 2020.

Variabls: edat, sexe, país d'origen, índex massa corporal (IMC), comorbiditats; data i mètode diagnòstic de la COVID-19 (TAR/PCR); proves complementàries (radiografia, ecografia); nombre consultes durant els 15 dies postdiagnòstic, assistència hospitalària (urgències/ingrés) i urgències d'atenció primària (CUAP). Anàlisi estadístic descriptiu/bivariànt. Aquest projecte no disposa de finançament. Aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació en atenció primària-IDIAP Jordi Gol (21/044-PCV).

Resultats: S'inclogueren 1.458 casos, 1.313 (90,1%) diagnosticats per PCR i 145 (9,9%) per TAR. Dones 52,9%. Edat mitjana 43,62 anys (DE: 18,97) i IMC 28,51 kg/m². El 60% eren d'origen espanyol, el 27,7% d'Amèrica Central i del Sud. Les comorbiditats més freqüents foren hipertensió arterial (HTA), 16,4%, i diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2), 9,4%. Proves complementàries: radiografia 8,2% i ecografia 2,3%. Valoració CUAP de l'11,3% dels casos, d'urgències hospitalàries el 21,1% i ingrés hospitalari l'1,1%. El 86,1% dels casos foren valorats més d'una vegada per l'equip d'AP durant els 15 dies posteriors al diagnòstic (mitjana 2,79; DE: 2,02). Els pacients que presentaren més ingressos i consultes a urgències hospitalàries i CUAP tenien edats estadísticament superiors. Les comorbiditats que condicionaren major nombre d'assistències a urgències hospitalàries/CUAP foren DM-2, asma, HTA, insuficiència cardíaca i malaltia renal crònica ($p < 0,05$). Presentaren major probabilitat d'ingrés hospitalari els pacients amb asma, HTA i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i malaltia renal crònica ($p < 0,05$).

Conclusions: l'AP ha assumit una gran càrrega de consultes derivades dels pacients de la COVID-19. Els pacients amb major edat i comorbiditats van presentar més visites als serveis d'urgència CUAP/hospitalàries i van requerir més ingressos. L'aplicació a l'AP de protocols estructurats de seguiment dels pacients de la COVID-19 que prioritzin factors com l'edat i comorbiditats associades podria millorar l'evolució d'aquests pacients i evitar les consultes als serveis d'urgències.

JOAN ARMENGOL ALEGRE
ALBA JUNYENT BASTARDAS
RAÛL TEBA VILLAR

Contacte:
jarmengol.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7376

Em falta l'aire

Persona de 71 anys amb antecedents personals de: 1. Hepatopatia alcohòlica. Abstinència. 2. Neoplàsia de mama. Actualment sense evidència de recidiva. 3. Accident vascular cerebral posttumorèctomia. 4. Tromboembolisme pulmonar (TEP) bilateral secundari a trombosi venosa profunda (TVP) de la cama esquerra. 5. Crisis motores parcials. Ressonància magnètica (RMN) cranial: isquèmia crònica i meningiomes, per la qual cosa és intervinguda.

Motiu de consulta: el novembre inicià dispnea d'esforç coincidint amb una discussió amb la filla. L'exploració és normal. Se sol·licita ecocardiograma. El desembre reconulta per persistència de dispnea, dolor centrotoràcic i edema a la cama esquerra que diu que el té sempre. L'exploració només destaca un dolor lleu a la palpació del panxell de la cama esquerra i l'electrocardiograma mostra un patró S1Q3T3.

Pla d'actuació: es deriva a urgències sota sospita d'una TVP amb un TEP. Es descarta perquè té dímer D de 254 i s'objectiva anèmia, fet pel qual s'instaura tractament amb ferro. El gener es realitza ecocardiograma, que és normal, i als 5 dies ingressa a l'hospital per empitjorament de la dispnea i dolor abdominal. És diagnosticada d'infart renal esquerre més trombosi de l'artèria mesentèrica superior i TEP segmentari dret.

Enfocament familiar i comunitari: destacar que, malgrat que la pacient viu a la mateixa casa que la seva filla, en aquells moments hi havia mala relació i una mala comunicació. Fet que va dificultar el seguiment i identificació de símptomes.

Judici clínic: malaltia tromboembòlica.

Diagnòstic diferencial: ansietat.

Tractament i plans d'actuació: S'instaurà tractament anticoagulant i s'inicià estudi dels tromboembolismes.

Evolució: actualment la pacient es troba asimptomàtica.

Conclusions: La detecció ràpida de la malaltia tromboembòlica és de vital importància en atenció primària, ja que el tractament precoç permet una millor recuperació i menys complicacions i seqüeles. L'estudi de les causes és essencial per a la prevenció d'esdeveniments. Aproximadament un 10% dels pacients amb malaltia tromboembòlica tenen una neoplàsia subjacent.

Laura Elena Álvarez Nodarse
Teresa Tomas Bertran
María Andrea Garrido Quintero

Contacte:
lauraean2013@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7377

Cefalea por hipertensión versus hipertensión por cefalea

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cefalea.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes patológicos: síndrome metabólico, trastorno ansioso-depresivo y dolor torácico episódico con estudio negativo para cardiopatía isquémica.

Anamnesis: hombre de 58 años con cefalea opresiva hemicraneal izquierda de 16 horas de evolución, posteriormente generalizada, acompañada de náuseas y cifras tensionales elevadas (TA 200/100 mmHg).

Exploración física: TA: 190/90 mmHg, auscultación cardiopulmonar normal, exploración neurológica sin focalidad. electrocardiograma normal, analítica sanguínea anodina. Orientado inicialmente como cefalea hipertensiva, se pautó analgesia y se ajustó el tratamiento antihipertensivo. A las 24 h, acudió a urgencias por persistencia de cefalea y se añadió entonces el diagnóstico de ansiedad. Al alta acudió al centro de atención primaria donde se solicitó tomografía computarizada craneal urgente, que objetivó proceso voluminoso expansivo intra- y suprasellar, que erosionaba la silla turca, ocupando cisternas supraselares y que comprimía quiasma óptico. Enfoque familiar y comunitario: convive con su esposa y un hijo adolescente. Buena dinámica familiar.

Juicio clínico: macroadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial: entre las cefaleas secundarias, es decir, de etiología neurológica (tumoración cerebral, malformaciones vasculares), sistémicas (infecciosas, metabólicas, hipertensión, asociadas a abuso/supresión de sustancias) y somatización.

Tratamiento y planes de actuación: resección transesfenoidal-transnasal endoscópica por neurocirugía.

Evolución: el estudio hormonal fue normal. La campimetría detectó una hemianopsia bitemporal que no se ha recuperado. La resonancia magnética al tercer mes evidencia una neuritis óptica izquierda probablemente secundaria a compresión tumoral.

Conclusiones: la cefalea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y es fundamental una adecuada anamnesis buscando signos de alarma (edad superior a 50 años, inicio súbito, presentación nocturna, localización unilateral, acompañada de náuseas/vómitos o precipitada por esfuerzos físicos) y exploración física exhaustiva examinando focalidad neurológica. Las consultas reiteradas son un motivo de alerta y obligan a plantear la realización de pruebas complementarias.

Carmen Moreno Blas
Dafna Schorr Cohen
Marta Lluich Álvarez

Contacte:
carmenmorenoblas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7378

Diagnóstico de linfoma en atención primaria

Mujer de 72 años que consulta en atención primaria (AP) por bultoma laterocervical que apareció hace 3 meses y ha ido aumentando de tamaño durante las últimas semanas. Sin antecedentes patológicos relevantes.

En la exploración inicial destaca una adenopatía laterocervical izquierda de aproximadamente 2 cm x 1 cm, pétrea, adherida a planos profundos, por lo que se realizó una punción con aguja fina inicial que mostraba un resultado negativo para células malignas. No adenopatías supraclaviculares ni axilares. Analítica con función tiroidea correcta, mínima elevación de RFA.

La paciente reconsulta en AP a las 3 semanas por aumento de tamaño de la masa laterocervical, que ahora a la exploración mide aproximadamente 3 cm x 1,5 cm, por lo que se realiza derivación urgente a otorrinolaringología para valoración.

A las cuatro semanas, la paciente vuelve a la consulta del ambulatorio. Refiere que el bulto cervical ha aumentado notablemente de tamaño y que todavía no le han dado visita en el centro hospitalario.

En la exploración, el complejo adenopático alcanza medidas de 9 cm x 11 cm, con adenopatías supraclaviculares izquierdas adheridas. En este momento, la paciente ya presentaba molestias a la deglución y niega disnea.

Se decide, dado el avance de la patología, recomendar a la paciente que acuda a urgencias hospitalarias. Allí se realizó nueva biopsia con aguja gruesa que muestra un resultado compatible con linfoma B de células grandes. Se completa estudio de extensión con tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) que muestra infiltración adenopática supradiaphragmática sugestiva de corresponder a un síndrome linfoproliferativo.

Conclusiones: el linfoma B de células grandes (LBDCG) es uno de los tipos de linfomas más frecuentes y agresivos en adultos. Constituyen un 30-40% de los casos de linfoma no-Hodgkin (LNH). Es un linfoma de crecimiento rápido y de comportamiento agresivo (elevada tasa de proliferación celular) por lo que los tumores tienden a aumentar de volumen a lo largo de días o semanas.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARMEN MORENO BLAS
DAFNA SCHORR COHEN
ANNA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Contacte:
carmenmorenoblas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7379

Cuidado con la digoxina

Paciente mujer de 89 años, con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con apixaban y frenada con bisoprolol 2,5 mg/12 h y digoxina 0,5 mg/24 h. Otros antecedentes relevantes son: hipertensión arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina e insuficiencia renal con FG de 35-40 ml/min/1,73 m².

La paciente es valorada inicialmente por atención primaria por malestar con dolor abdominal, náuseas y vómitos en su domicilio, de 5 días de evolución. Niega fiebre. En la exploración se encuentra estable hemodinámicamente y eupneica en reposo. En la auscultación, tonos cardíacos arrítmicos, bradicardia (por pulsioxímetro 35-45 lpm).

Respiratoriament, murmullo vesicular conservado, con crepitantes dispersos bibasales. Sin edemas en extremidades inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Sin focalidad neurológica aguda aparente. Dada la bradicardia marcada, se realiza un electrocardiograma que muestra un ritmo de fibrilación auricular lento, a 35 lpm, con cubeta digitalica en todas las derivaciones.

Se decide contactar con los servicios de emergencias médicas para traslado de la paciente monitorizada al centro hospitalario, ante la sospecha de intoxicación digitalica. A su llegada al hospital, se confirma la sospecha diagnóstica tras digoxinemia de 2,85 ng/ml.

Conclusiones: la intoxicación digitalica es un motivo recurrente de consulta en los servicios de urgencias. La insuficiencia renal, al modificar la cinética de la digoxina, es un importante factor precipitante. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, predominando las digestivas y circulatorias. Las bradiarritmias (fibrilación auricular lenta, bloqueos de conducción) son frecuentes y pueden acabar en asistolia. Es importante destacar que la cubeta digitalica es un signo característico de impregnación digitalica, pero no necesariamente de toxicidad.

Las bradiarritmias se tratan con atropina como fármaco de primera elección y las arritmias ventriculares con fenitoína o lidocaína. Las situaciones de riesgo vital requieren el uso de anticuerpos antidigitales, y se recomienda la disponibilidad de este antídoto en los hospitales considerados de referencia. Este debe dosificarse en función de la carga corporal total de digoxina.

ALBA JUNYENT BASTARDAS
JOAN ARMENGOL ALEGRE
ODDA CARDONA GUBERT

Contacte:
ajunyent.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7380

Limfoma mandibular. Una localització atípica

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor, parestèsies i hipoestèsia mandibular.

Història clínica: enfocament individual: dona de 40 anys amb antecedents d'hiperplàsia suprarenal congènita i exfumadora, sense tractament habitual.

Durant l'últim any havia consultat diverses vegades a odontologia per dolor a nivell de la mandíbula inferior dreta. Se li va fer exodòncia en dues ocasions i diferents tractaments antibiòtics amb millora inicial del dolor.

Acudeix a consulta per aparició de parestèsies i hipoestèsia de la zona, i novament empitjorament del dolor. Nega altra simptomatologia acompanyant. L'exploració física confirma la hipoestèsia, així com la presència de gingivitis i dolor a molar adjacent a l'última exodòncia.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes:

Es deriva a odontologia per la mala evolució del quadre. Es realitza una tomografia computada on s'objectiva destrucció òssia de la branca mandibular amb primera sospita d'osteomielitis. És valorada d'urgències per maxil·lofacial, que realitza biòpsia amb resultat de limfoma B difús de cèl·lula gran.

Tractament i plans d'actuació

És derivada a oncohematologia per a estadificació i tractament. Per part d'atenció primària es fa suport i acompanyament emocional.

Evolució: actualment segueix en tractament actiu de quimioteràpia amb bona tolerància.

Conclusions: el limfoma B difús de cèl·lules grans és el subtipus més freqüent de limfoma no Hodgkin (al voltant del 30% de tots els limfomes). Sol manifestar-se com l'augment indolor d'una adenopatia, encara que també pot aparèixer a d'altres llocs.

En aquest cas, tant la simptomatologia com la localització atípica van dificultar-ne el diagnòstic precoç. El seguiment longitudinal i l'accessibilitat dels pacients a atenció primària és clau per a detectar possibles complicacions. Cal estar atent davant la persistència o empitjorament dels símptomes i tenir sempre en compte l'anamnesi del pacient, ja que malauradament en ocasions ens poden portar sorpreses.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARLOS GÓMEZ RUIZ
LETICIA CALIZ HERNÁNDEZ
Wafa ZAROUAL
ELISENDA SANT ARDERIU
BERTA DE ANDRES BEUTER
ANGELA MARTÍNEZ PÉREZ

Contacte:
cgomezr@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7381

Control glicèmic dels pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 segons edat, obesitat i principals complicacions macrovasculars

Objectiu principal: grau de control dels pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) segons l'edat.

Objectius secundaris: prevalença de la DM2, prevalença d'obesitat i complicacions macrovasculars, grau de control segons l'edat i grau de sobrepès o obesitat, càrrega farmacològica d'antidiabètics en pacients majors de 80 anys segons control glicèmic.

Material i mètodes: estudi transversal mitjançant dades agrupades a l'àmbit d'atenció primària amb una població de referència de 32.256 persones majors de 14 anys.

Criteri de selecció: tenir diagnosticada DM2; els altres tipus de diabetis estan excloses.

Compleixen els criteris d'inclusió un total de 1.636 pacients.

Les variables incloses són: edat, hemoglobina glicada (HbA1c), data última HbA1c, obesitat segons índex de massa corporal, cardiopatia isquèmica, ictus, arteriopatia perifèrica, insuficiència cardíaca, tractament farmacològic antidiabètic.

Es realitza una anàlisi descriptiva de les variables mitjançant una distribució de freqüències absolutes i relatives als objectius establerts, així com les mesures de tendència central i dispersió.

Les limitacions que es poden trobar en aquesta investigació són no tenir tota la població amb DM2 registrada a la base de dades o estar registrada de forma incorrecta.

Resultats: la prevalença de DM2 obtinguda és del 5,07%, amb una HbA1c mitjana del 6'98%. Tenen pitjor control a la franja d'edat entre 50 i 59 anys, amb una HbA1c del 7'29% i els majors de 80 anys tenen el millor control amb una HbA1c del 6'8%. El major nombre de pacients amb una HbA1c superior al 8% es troba entre els menors de 50 anys, un total del 23'3%.

El 74'4% té sobrepès o obesitat i el 25% presenta alguna malaltia macrovascular associada.

Conclusió: els pacients més joves tenen un control subòptim de la diabetis, amb les conseqüències que pot tenir a mig i llarg termini respecte a les complicacions més habituals de la DM2.

LAIA PONT SERRA
PILAR MANZANO PRUNÉS
ÀNGELS CASALDÀLIGA SOLÀ

Contacte:
lalapontserra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7382

Avís prioritat 0. Dispnea a domicili

Atenció primària, serveis d'urgències, atenció domiciliària, àmbit rural.

Avís prioritat 0 a domicili, home de 92 anys amb dispnea.

Antecedents: diabetis *mellitus*, hipertensió arterial, insuficiència renal crònica, hiperplàsia benigna de pròstata, poliartròsi, anèmia ferropènica, incontinència urinària, gota i úlcera a extremitat inferior.

A l'arribada al domicili els tècnics del servei d'emergències li han col·locat la Monagan a 15 l per saturació del 60%. El pacient és incapaç de parlar. Semiassegut, taquipneic i taquicàrdic, amb tiratge intercostal i crepitants en ambdós pulmons.

El pacient vivia sol fins fa un parell de setmanes. Arrel d'una caiguda va desencadenar-se una davallada funcional progressiva que va requerir la presència del fill i de la jove, 24 h al domicili, per tenir-ne cura. A la nostra arribada s'objectiva una clara claudicació d'ambdós cuidadors que demanen que es derivi el pacient a urgències. Tot i això expliquen que el seu pare no volia tornar a ser derivat a l'hospital i que havia manifestat el desig de morir a casa.

Judici clínic: edema agut de pulmó. Diagnòstic diferencial: infecció de les vies respiratòries, broncoaspiració, COVID-19.

A part del problema mèdic existeix la problemàtica social (claudicació dels cuidadors) i els problemes bioètics (principis d'autonomia i no maleficiència).

Arriba la metgessa de l'ambulància medicalitzada i conjuntament amb l'equip de primària s'explica a la família l'estat de gravetat del pacient i el pronòstic. Es proposen mesures de confort a domicili que els familiars accepten. Al cap d'una hora ens tornen a avisar per èxitus del pacient.

Conclusions: la presa de decisions en un context d'emergència és difícil i complexa. És imprescindible una bona comunicació i entesa entre els diferents professionals sanitaris implicats, la família i el pacient (quan és possible).

Cal respectar la voluntat del pacient en la mesura que sigui possible.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CLARA PROFITÓS MARTÍNEZ
NOELIA FURQUET MONASTERIO
PAULA PROFITÓS MARTÍNEZ

Contacte:
carpromar.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7383

Escoltem els joves amb edemes!

Motiu de consulta: dona de 20 anys que acut a consulta per edemes amb fòvea a les extremitats inferiors, de 4-5 dies d'evolució, no dolorosos. Sense dispnea, sense síndrome miccional.

Antecedents personals: sense al·lèrgies medicamentoses. No hàbits tòxics. Faringitis fa 15-20 dies. Anèmia ferropènica des de fa 3 anys, que coincideix amb l'inici de la dieta vegetariana.

Exploració física: bon estat general, conscient, orientada, normohidratada, normoacolorida. Eupneica, afebril. TA: 120/79 mmHg, FC: 74 bpm.

Otorrinolaringologia: no hiperèmia ni hipertròfia amigdalina, no adenopaties. ACP: normal; ABD: anodí. Extremitats inferiors: lleuger edema amb fòvea distal fins a mig bessó bilateral, no hiperèmic. Neurologia: normal.

Pla: davant la sospita de síndrome nefròtic vs. síndrome nefrític demanem analítica i citem per a resultats.

Evolució: els resultats de l'analítica mostren una funció renal normal, proteïnograma amb albúmina del 41,3% (55,8-66,1), alfa-1-globulines 4,9% (2,9-4,9), alfa-2-globulines 27,8% (7,1-11,8), beta-globulines 14,9% (8,4-13,1), gamma-globulines 11,1% (11,1-18,8), albúmina/globulina 0,7, VSG 90, no anèmia, ASLO normal.

Fem interconsulta amb unitat de diagnòstic ràpid, que demana: proteïnúria 24 h (5,4 g/dia) i ecografia renal (normal). Davant dels resultats es programa biòpsia renal i s'inicia tractament amb atorvastatina 40, ramipril 2,5 i enoxaparina 40, en espera de visita amb nefrologia.

Els resultats de la biòpsia mostren nefropatia per lesions mínimes i s'ajusta tractament.

Conclusió: la sospita i ràpida actuació en atenció primària ha permès el diagnòstic i tractament precoç de la pacient. És una qüestió important perquè es tracta d'una síndrome en què la rapidesa és essencial, ja que les remissions espontànies són mínimes. Hi ha risc augmentat de trombosi i d'infeccions, i endarrerir el tractament afavoreix l'aparició d'insuficiència renal aguda i corticore resistència.

LAIA MARÍN PURTI
ANA RUBIO ROCA
VIOLETA SASTRE HUERTES
EMMA MAYOLAS SAURA

Contacte:
laia.marinpurti@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7384

Monoartritis en pacient d'atenció domiciliària

Dona de 94 anys en servei d'atenció domiciliària, amb antecedents d'hipertensió arterial, insuficiència cardíaca diastòlica, amb necessitat d'oxigenoteràpia per congestió, fibril·lació auricular i insuficiència renal de grau 4 (FG: 25).

Acut per dolor a la interfalàngica distal del 2n dit de la mà esquerra. A l'exploració física destaca articulació tumefacta, eritematosa, amb augment de la temperatura i supuració de líquid blanquinós. Analíticament sense leucocitosi. Radiogràficament destaca una imatge en "sacabocados".

Inicialment s'orienta com una osteomielitis (tenint en compte la clínica amb inflamació de l'articulació, la secreció blanquinosa i l'afectació radiogràfica) i s'inicia antibioteràpia. En el control no presenta gran millora, resta afebril i l'analítica era normal.

Es reavalua el cas i es revisen els controls previs. S'observa a l'analítica de 6 mesos abans de l'episodi amb insuficiència renal crònica (FG: 22) i hiperuricèmia (urat de 13) sense tractament hipouricèmic ni diagnòstic a l'ECAP. Finalment es reorienta com a artritis gotosa tofàcia.

Com és una pacient d'atenció domiciliària que passa èpoques a casa d'un fill que no pertany al nostre centre, probablement l'analítica que mostrava un àcid úric de 13 no va tenir una valoració mèdica posterior. Aquesta hiperuricèmia no tractada ni registrada ha derivat en una gota tofàcia crònica. Com no constava l'antecedent d'hiperuricèmia, inicialment es va orientar com una artritis d'origen infecciós.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA LÓPEZ RUBIO
SARA WEICHSEL LÓPEZ
PILAR PÉREZ MUÑOZ
MIREIA LLOVERAS GARRIGA

Contacte:
marta.loru8@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7385

Doctora, començo amb diarrea i acabo sense paratiroide

Dona de 70 anys amb antecedents d'hipertensió, dislipèmia, insuficiència renal (G3a, FG 47 ml/min/1,73 m²) i síndrome de cames inquietes. Nega hàbits tòxics. Vida activa.

Consulta per diarrea, sense productes patològics ni signes d'alarma, de 6 setmanes d'evolució, autolimitada. Nega altra simptomatologia. Exploració física anodina.

Per ser pluripatològica i tenir més de 50 anys, es realitza anàlisi de femta i sang. S'objectiva calcèmia lleugerament elevada (corregida per albúmina de 10,5 mg/dl). Es repeteix per confirmar els resultats i s'obté: calci corregit 11,1 mg/dl, PTH elevada (150 pg/ml), dèficit de vitamina D (14,4 ng/ml) i fosfat normal. Per sospita de patologia paratiroidal, es demana ecografia on s'evidencia una imatge compatible amb adenoma paratiroidal amb extensió mediastínic.

A causa de la complexitat del cas i dels resultats de les proves complementàries, es contacta amb endocrinologia. Suggereixen fer gammagrafia tiroïdal i densitometria, que confirmen el diagnòstic.

Durant el procés diagnosticoterapèutic, la pacient refereix nerviosisme, i infermeria constata descontrol de la seva hipertensió. A més, és valorada per la treballadora social, perquè en cas d'intervenció quirúrgica i convalsència necessitaria suport en les tasques domèstiques (el seu marit és dependent). Li proposa ajudes municipals, que considera insuficients i acorden contractar un servei privat.

Finalment, es deriva el cas al servei de cirurgia general, que extreu l'adenoma. Després de la intervenció, la pacient normalitza els valors de calcèmia i resta més tranquil·la a nivell emocional.

Un símptoma molt comú, com la diarrea, pot ser el detonant per al diagnòstic d'un hiperparatiroidisme primari. Aquesta patologia sol presentar una vitamina D elevada en el context d'una PTH alta, però en el nostre cas la pacient té insuficiència renal crònica i aquesta elevació queda encoberta. A nivell d'atenció primària, el seguiment i la visió biopsicosocial són clau per a un correcte abordatge del pacient pluripatològic.

SHAARON ROJAS ATACHAO
BERNAT DE PABLO MÁRQUEZ
CRISTINA ORTEGA CONDES

Contacte:
bernattedepablo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7386

Ganglió al dors de peu. Presentació atípica d'una patologia habitual

Àmbit del cas: atenció primària/servei d'urgències.

Motiu de consulta: bultoma al dors del peu.

Història clínica: pacient masculí de 35 anys, d'origen marroquí, viu a Catalunya des de fa 10 anys. Fumador. Nega altres hàbits tòxics ni antecedents personals. Treballa de manobre.

Explica bultoma al dors del peu, d'aparició progressiva els últims dos mesos, no s'acompanya de eritema, ni dolor. No quadre tòxic associat. No recorda contusions, ferides ni picades d'insecte.

Exploració física: bultoma d'uns 4 cm a la regió tarsiana, de consistència gomosa, sense signes de sobreinfecció.

Diagnòstic diferencial: tofus gotós, infeccions cutànies.

Evolució: es va sol·licitar radiografia de peu, que va descartar origen ossi de la lesió. Es va sol·licitar anàlisi on no es va evidenciar leucocitosi, reactants de fase aguda ni hiperuricèmia. Es va realitzar també PPD que va resultar negatiu.

Finalment, es va sol·licitar ecografia i ressonància magnètica, que van mostrar lesió polilobulada de diàmetre màxim de 35 mm, al contorn dorsal i lateral dret del peu dret, a l'alçada de la base i dels metatarsians 4t i 5è, amb component superficial i extensió a l'espai intermetatarsià, compatible amb ganglió o quist sinovial.

Evolució i tractament: es va realitzar punció evacuadora de 8 cc de líquid sinovial. El pacient va ser derivat de traumatologia per programar exèresi de la lesió, donat que presentava dificultat per calçar-se i deambular.

Conclusions: els quists sinovials són una patologia relativament freqüent a la consulta d'atenció primària, sobretot al dors del canell. Tot i així, poden aparèixer a altres localitzacions, com ara el peu o l'articulació acromioclavicular. Un cop descartades altres patologies es pot fer un maneig simptomàtic a nivell d'atenció primària, amb puncions evacuadores sota asèpsia que poden estar unides amb infiltracions intraganglió amb corticoesteroides.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BEGOÑA DE IRALA SAN JULIÁN
ANNA ESTAFANELL CELMA
HELENA NAVARRO ARTACHO

Contacte:
bdeirala2@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7388

Tengo VIH y nadie lo sabe

Presento una comunicació de una experiència en la que, a través de un pacient visitat en urgències, se me plantearen diversos conflictes ètics a resoldre. Realicé, com a part de la meua formació, un incident crític de bioètica dins del llibre del resident, per després comentar-lo amb la meua tutora i poder aprendre d'ell.

Se tracta d'un pacient de 38 anys amb antecedents de VIH de 2 anys d'evolució (sense tractament per decisió pròpia) que consulta en urgències per astènia, disnea i desaturació. Durant l'anamnesi el pacient comenta que ni la seua parella actual ni ningú de la seua família coneix el diagnòstic infeccios i demana expressament no comunicar-se'l. Finalment, el pacient ingressà a l'UCI amb diagnòstic de pneumònia bilateral per *Pneumocystis jirovecii*, confirmat mitjançant cultiu broncoalveolar i se inicià tractament amb Seprin®.

Com a metge, em sorgí un conflicte ètic entre el respecte a la confidencialitat, l'autonomia del pacient i, per un altre costat, la protecció de la salut de tercers. Aprendí que, en primer lloc, hauria de intentar que fos el pacient qui comunicara el diagnòstic a la seua parella. Nosaltres, com a metges, hem d'ofrecer-li la nostra ajuda, mantenint una reunió conjunta si és necessari. I, després, assegurar-se que ha estat correctament informat i, si no és així, hem d'informar a la parella, ja que sobre el deure de confidencialitat predomina el risc per a la salut d'altres persones.

Aquest cas té una gran aplicabilitat en la nostra pràctica clínica, ja que els metges de família solem conèixer a diversos membres d'una mateixa família i hem de mantenir el secret professional, però sabent que hi ha algunes excepcions, com és aquest cas, en el qual un principi ètic predomina sobre l'altre.

ÉVORA IGUAL ALENYÀ
MONTSERRAT PUBILL SUCARRAT
VÍCTOR JUAN ESPINOZA CHACÓN

Contacte:
evoraigual@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7390

Hematúria en pacient nouvingut de Mali, en què he de pensar?

Motiu de consulta: hematúria.

Història clínica: enfocament individual: pacient natural de Mali, resident a Espanya des de fa 1 any. Consulta per hematúria al final de la micció, sense altres símptomes. Antecedents personals: otitis en la infantesa, hepatitis B passada. Exploració física: dolor en la palpació profunda a l'hipogàstri, resta normal.

Exploracions complementàries: analítica: eosinofília 670.000 (13,8%) i neutropènia 1.500 (30,8%), resta normal. Sediment orina: 10-20 hematies/camp, observació de *Schistosoma haematobium*.

Ecografia: bufeta urinària poc distesa, imatge lobulada a la paret lateroinferior compatible amb lesió mural.

Enfocament familiar i comunitari: antecedents de banys en aigua dolça a Mali.

Judici clínic: infecció per *S. haematobium*.

Diagnòstic diferencial: tuberculosi genitourinària, càncer renal/vesical, glomerulonefritis aguda, infecció urinària i litiasi renal.

Tractament: praziquantel 600 mg (Biltricide®) 40 mg/kg en dosi única.

Evolució: eliminació d'ous fins a les dues setmanes i resolució de l'eosinofília al cap de 12 setmanes. Pendent de cistoscòpia.

Conclusions: l'esquistosomiasi és una infecció d'elevada prevalença a zones endèmiques. Generalment es troba limitada geogràficament i només apareix com a infecció importada a zones no endèmiques com Europa arran dels fluxos migratoris, sobretot amb procedència d'Àfrica subsahariana.

És una malaltia causada per un paràsit platihelmit que pertany al grup dels trematodes. Les espècies que causen infecció als humans són *S. mansoni* (Àfrica i Amèrica del Sud) i *S. japonicum* (est asiàtic), que solen provocar malaltia del tracte intestinal, i *S. haematobium* (Àfrica, Orient Mitjà i Còrsega), que afecta el tracte urinari.

En el cas de l'*S. haematobium*, l'afectació genitourinària cursa amb hematúria micro- i macroscòpica, sobretot al final de la micció, o piúria. En casos avançats pot provocar fibrosi de bufeta, dels urèters i lesions renales. La infecció perllongada en el temps s'associa a carcinoma escamós de bufeta, hidronefrosi o insuficiència renal. Per això és important fer una bona anamnesi i el cribatge de pacients procedents d'àrees endèmiques, i oferir un bon consell al viatger.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JORDI BRESÇÓ ESCURA
JESSICA GALINDO GIL
MARTA OBIOLS TORREBADELLA

Contacte:
jbresco.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7391

Pancitopènia, diagnòstic diferencial i pla a seguir

Dona de 59 anys, amb antecedents personals d'interès: hipertensió arterial, anèmia ferropènica sense tractament en l'actualitat. Nega hàbits tòxics i medicamentosos. Consulta a urgències hospitalàries, enviada pel seu metge de capçalera perquè presenta a l'anàlisi de control afectació de les tres sèries, amb hemoglobina de 5,0 g/dl.

Nega pèrdues sanguínies macroscòpiques. Segueix una dieta mediterrània, no medicaments de nova presa ni tractament mèdic de llarga durada. Exploració física on destaca pal·lidesa mucocutània amb resta d'exploració anodina i hemodinàmicament estable. En les proves complementàries s'observa: electrocardiograma amb taquicàrdia sinusal; analítica: hemoglobina 5,2 g/dl, plaquetes 75×10^3 u/ml, leucòcits 2,9 u/ml.

S'orienta com a pancitopènia en estudi, amb anèmia greu. Es trasllada a l'hospital per necessitat de transfusió de concentrats hemàtics. A urgències s'inicia estudi de pancitopènia i es realitzen proves complementàries (electrocardiograma i analítica amb frotis de sang perifèrica, vitamina B12, àcid fòlic, homocisteïna). En el frotis de sang perifèrica s'observa dacriòcits i esquistòcits aïllats, macròcits i neutròfils polisegmentats sense blasts. S'observa dèficit de vitamina B12. Es decideix continuar l'estudi per descartar anèmia perniciosa i després de la transfusió de dos concentrats hemàtics, es parla amb hematologia i s'inicia tractament de vitamina B12 amb control per CE d'hematologia. Finalment és diagnosticada d'anèmia perniciosa (megaloblàstica).

Com a conclusió: la pancitopènia no és una malaltia en si mateixa, sinó un signe d'una malaltia que necessita ser diagnosticada. A primària s'ha de valorar si un pacient amb pancitopènia de nova aparició té paràmetres clínics o analítics compatibles amb pancitopènia greu per enviar a urgències de l'hospital o no. Si no necessita atenció d'urgència, es pot fer nova petició analítica amb frotis de sang perifèrica, vitamina B12, homocisteïna i àcid fòlic. Si surt alterat algun d'aquests resultats es podria iniciar tractament suplementari i afegir en l'anàlisi anticossos per estudi d'anèmia perniciosa amb derivació a CE d'Hematologia per a continuació de l'estudi.

MARÍA QUERALT LORENTE MÁRQUEZ
ANNA ESCALÉ BESA
SILVIA RATERA GARCÍA
OLGA ARCOS PEDRALS

Contacte:
qlorente.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7393

Doctora, els peus no em porten

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: inestabilitat i trastorn de la marxa.

Història clínica: antecedents personals: exfumador i exenolisme des de fa >10 anys amb antecedents de cardiopatia isquèmica.

Anamnesi: consulta per clínica d'inestabilitat i sensació de suro a les plantes dels peus, associades a dolor sord a ambdues extremitats inferiors des de fa 3 setmanes. Progressivament apareix trastorn de la marxa amb necessitat d'augmentar la base de sustentació, la qual cosa ha ocasionat alguna caiguda. S'hi afegeixen parestèsies a ambdós palmells de les mans la darrera setmana. El pacient refereix quadre de vies altes 10 dies abans de l'aparició clínica. No altra simptomatologia. No vacunacions recents.

Exploració: atàxia sensitiva. Hiporeflèxia generalitzada i areflèxia aquil·liana. Hipopal·lestèsia rotular bilateral i apal·lestèsia bimal·leolar. No dèficits motors. Resta d'exploració normal.

Proves complementàries: des d'atenció primària se sol·licita una analítica urgent que no mostra alteracions i una electromiografia que informa d'una disfunció moderada de les vies somestèsiques centrals, per probable mielopatia dorsolumbar. El pacient és remès a urgències i s'ingressa per a estudi.

Analítica: PCR de la COVID-19 positiva, dèficit de vitamina B6. Resta d'estudi sense alteracions.

Punció lumbar: hiperproteïnorràquia.

Ressonància magnètica cervicodorsolumbar, tomografia computada (TAC) toracoabdominal i tomografia per emissió de protons normals.

Judici clínic, pla d'actuació i evolució: el pacient presenta una atàxia sensitiva de la qual no s'ha pogut establir l'origen. En el diagnòstic diferencial ens plantejem disfuncions neurològiques secundàries a dèficits vitamínics, infecciosos o trastorns autoimmunitaris, com possibles variants de la síndrome de Guillain-Barré (antecedents de refredat).

A l'alta hospitalària s'inicia pregabalina per disestèsies als peus i a les mans amb bona tolerància.

Actualment el pacient es troba en estudi i seguiment especialitzat per neurologia.

Conclusions: és important saber reconèixer els signes d'alarma a la consulta d'atenció primària per tal d'enfocar i dirigir les proves complementàries segons la nostra sospita.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMMA SANZ CUSÓ
MARIA EUGÈNIA ADZET RIBA
MARIA VALERO ROCA

Contacte:
gemmasanzcuso@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7395

La taquicàrdia no cedeix

Motiu de consulta: dona de 26 anys que acut al centre de salut perquè presenta taquicàrdia i palpitations de 12 h d'evolució, desencadenades immediatament després d'activitat física, amb mínim dolor centrotoràcic, sense vegetisme.

Antecedents personals i familiars: no hàbits tòxics. Comunicació interventricular congènita. Ús d'anticonceptius orals. Mare: taquicàrdia paroxística supraventricular, ablació. Avi: infart agut de miocardi als 80 anys.

Exploració: bon estat general, eupneica i afebril. FC 120 bpm. SatO₂ 95%. FR 16 rpm. Auscultació cardiorespiratòria: tons rítmics, buf sistòlic al focus mitral. Murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits. Extremitats inferiors: no edemes ni signes de trombosi venosa profunda.

Proves complementàries:

- Analítica: neutrofilia sense leucocitosi, dímer D 582, resta sense alteracions. Hormones tiroïdals normals.
- Electrocardiograma: ritme sinusal 110 bpm, PR 137 ms, QRS estret, T negativa a D-III, sense altres alteracions.
- Radiografia de tòrax sense alteracions.
- Angio-tomografia computada (TAC) sense evidència de tromboembolisme pulmonar (TEP) ni altres troballes.
- Ecocardi-Doppler sense alteracions estructurals ni funcionals.
- Holter de 24 h dins la normalitat.

Judici clínic: davant d'una taquicàrdia sinusal mantinguda, alteracions electrocardiogràfiques i disminució de la saturació es deriva a urgències per descartar TEP. Amb mínima elevació del dímer D, però persistència de clínica, se sol·licita angio-TAC i es descarta definitivament TEP. Davant la normalitat dels resultats s'orienta com a taquicàrdia sinusal inapropiada (TSI).

Diagnòstic diferencial: el diagnòstic de la TSI es fa per exclusió. Primer, s'han de descartar altres causes de taquicàrdia (hipertiroïdisme, anèmia, consum de tòxics) i altres taquicàrdies supraventriculars.

Comentari final: La TSI és una síndrome infreqüent que es caracteritza per l'augment desproporcionat de l'FC en resposta a estímuls fisiològics o ortostàtics. Usualment es presenta en dones joves i es caracteritza per símptomes inespecífics.

En aquest cas es va indicar propranolol 10 mg si presentava palpitations o FC >100 bpm. Va evolucionar durant dues setmanes amb palpitations i taquicàrdia amb petits esforços, situacions d'estrès i bipedestació, amb normalització posterior.

JUAN JOSÉ MONTERO ALIA
ADORACIÓN SAIZ MURCIANO
ROSA MARÍA CASTELLANOS DUARTE
DOLORS SÁNCHEZ ÁLVAREZ
GEMMA CASAS TORRENTS
PAOLA GUTIERREZ ARDAYA

Contacte:
juanki2003@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7399

Evolució del *burn-out* de la metgessa de família a Catalunya. 2017-2021

Introducció: els recursos disponibles, les expectatives i la complexitat assistencial no estan equilibrats, però cada dia una metgessa de família fa l'esforç per aconseguir-ho. Ens passa factura?

Objectiu: conèixer l'evolució del *burn-out* mèdic a l'atenció primària en els últims 5 anys.

Metodologia: estudi transversal descriptiu i multicèntric a diferents centres de Catalunya. Participació voluntària. Inicialment van participar clínics de 17 equips d'atenció primària, en l'actualitat participen 27 centres del país. Els metges van omplir el test de Maslach adaptat a sanitaris (MBI-HSS) iniciat a finals de l'any 2016. El criteri per definir *burn-out* greu és presentar al mateix temps les següents puntuacions al test: esgotament emocional (EE) = 27 + despersonalització (DE) = 10 + realització personal (RP) = 33.

Resultats: el novembre de l'any 2016, el 6% de 82 enquestats presentaven *burn-out*. El maig de 2019, l'11% de 119 respostes. El gener de 2020, el 10,4% de 48 enquestats. El novembre de 2020 va arribar al 58,3% de 84 participants. Finalment, el maig de 2021 va ser el 28% de 160 enquestats. La taxa de resposta màxima supera el 40%.

Conclusions: quan va començar l'estudi, la dada del 6% de *burn-out* era similar a la d'altres publicacions catalanes. Després dels acords de vaga de finals de 2018, durant l'any 2019, el *burn-out* s'estabilitza al voltant de l'11%. Però l'arribada de la pandèmia, el va disparar a més del 50% dels enquestats durant la segona onada. Després de la cinquena onada, la situació comença a normalitzar-se, però encara arriba gairebé a la tercera part dels metges de 27 equips. Però encara havia d'arribar la pitjor onada per a l'atenció primària, la de la variant Òmicron. Com podem estar avui dia?

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M^a ISABEL GONZÁLEZ PRIETO
MIRIAM SIDRO SATO
CRISTINA CAUTRECASAS BARCELO

Contacte:
isagonzalezprieto@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7400

Lesions en palmells en contacte amb l'aigua. Dos casos de queratodèrmia aquogènica

Presentem els casos de dos joves que van consultar per lesions als palmells de les mans en contacte amb l'aigua. ¿Estava relacionat amb l'augment del rentat de mans durant la pandèmia o amb l'ús de gel hidroalcohòlic? Amb alguna malaltia? Necessitaven tractament? Com es tractava?

Primer cas: dona de 21 anys.

Antecedents personals: Sense antecedents mèdics coneguts. No pren cap fàrmac. No animals domèstics. El 2019 va ser derivada a consulta d'al·lèrgologia per rinitis i dispnea nocturna amb proves funcionals respiratòries normals (*peak-flow* sense variabilitat i espirometria normal, amb prova broncodilatadora negativa). Analítica amb augment de la immunoglobulina E total. Es va realitzar una bateria de tests epicutanis i inhalats, tots negatius.

Presentava lesions als palmells de les mans al rentar-les, dutxar-se, nedar a la piscina o al mar, de 4 mesos d'evolució. El quadre es reproduïa independentment de la temperatura de l'aigua. Autolimitades: desapareixen als pocs minuts d'assecar-se.

Es tractava de petites pàpules blanquinoses confluents que donaven al palmell un aspecte edematós amb un punt central que no es veia a les zones respectades.

Es consultà amb dermatologia i es va orientar com a queratodèrmia aquogènica i es va prescriure una crema per prevenir hiperhidrosi.

El segon cas era un home de 19 anys sense antecedents familiars ni patològics. No hàbits tòxics ni pressa de medicaments. Consultava per lesions similars en el mateix context.

La queratodèrmia aquogènica és una dermatosi adquirida caracteritzada per l'aparició d'edema i pàpules blanquinoses al contacte amb l'aigua.

S'han descrit casos associats a hiperhidrosi (molt sovint associada) i fibrosi quística (es pot investigar), i alguns a fàrmacs (inhibidors de la ciclooxigenasa 2), rinitis al·lèrgica i malaltia de Behçet.

En la revisió de la literatura, veiem que el tractament, controvertit, és principalment clorur d'alumini o oxiutina (VO 5 mg/24 h). En altres casos, refractaris, es prescriuen injeccions de toxina botulínica, iontoforesi, retinoides o prostaglandines.

JUDIT MUÑOZ FREIXER
LLUM OLMEDO BORJAS

Contacte:
jmunozf.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7401

Diplopia. Maneig inicial i conceptes clau

Acut a Urgències una dona de 61 anys per limitació de la mobilitat ocular i visió doble horitzontal de 2 dies d'evolució sense altra clínica associada. La pacient nega al·lèrgies, antecedents patològics i tractament habitual. Refereix tabaquisme actiu (5 cigarretes/dia).

Davant d'una diplopia aguda, és primordial realitzar una acurada exploració oftalmològica, amb els mitjans disponibles, per saber si aquesta és monocular o binocular i si s'associa algun signe d'alarma, ja que l'etiologia i la conducta a seguir divergeixen. En el cas de la diplopia monocular cal sospitar una patologia oftalmològica com una cataracta, un astigmatisme no corregit, anomalies al cristal·lí... En el cas de la diplopia binocular, les causes són més heterogènies: una paràlisi isquèmica dels parells cranials oculomotors en pacients amb factors de risc cardiovascular (FRCV), alteracions tiroïdals, vasculitis de la temporal, miastènia gravis, traumatismes oculars...

En el nostre cas, en realitzar l'exploració física destaca una lleu anisocòria amb pupil·les normoreactives, una limitació de l'abducció de l'ull esquerre i una diplopia que millora en tancar l'ull; resta de l'exploració sense altres alteracions.

Com es tracta d'una diplopia binocular en una pacient sense FRCV coneguts a excepció del tabac, es realitza un tomografia computada (TAC) cranial que descarta alteracions agudes i una anàlisi bàsica que resulta normal.

Davant la sospita d'una paràlisi oculomotora amb un signe d'alarma (anisocòria) i descartada de moment una causa neurològica central, es decideix derivar a urgències d'oftalmologia per ampliar l'estudi oftalmològic. Finalment, s'orienta com una paràlisi del VI parell cranial i la pacient és alta el mateix dia, amb seguiment per part d'oftalmologia i també d'atenció primària pel control estret dels FRCV.

En conclusió, convé ressaltar la importància de dur a terme una exploració oftalmològica acurada amb els mitjans disponibles a les consultes o el box d'urgències, ja que això ens permetrà orientar l'etiologia i actuar en conseqüència.

CARLOS ALBERTO BEDREGAL FRONTAURA
CARLES ALBALADEJO BLANCO

Contacte:
betobedregal@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7402

Bocio. Una entidad siempre a considerar

Àmbit: atenció primària.

Motivo de consulta: tumefacció dolorosa en la regió anterior del coll, associada a disfàgia progressiva.

Historia clínica: dona de 63 anys amb antecedents personals de hipertensió arterial i poliartròs.

Antecedents familiars: mare amb carcinoma de tiroïdes i germana en seguiment per bocio multinodular (BMN).

Acude amb quadre clínic d'una setmana d'evolució amb dolor i augment de mida en la regió anterior del coll, amb progressiva disfàgia i otàlgia esquerra referida. A més, febre de 38 °C, sense referir quadre víric previ. En l'examen físic: taquicardia, augment de mida de la glàndula tiroïdes que es desplaça amb la deglució i es palpa una zona indurada en el lòbul esquerre. No es palpan adenopaties laterocervicals ni supraclaviculars. No exoftalmos. Resto d'exploració anodina. El test nasofaríngic descarta infecció per SARS-CoV2. Anàlisi amb notable augment de VSG (67) i PCR (178), hormones normals, anticòrps antitiroïdes negatius. Es orienta el cas com a tiroïditis aguda/subaguda. La ecografia informa de nòduls múltiples amb un nòdul dominant de 34 mm x 33 mm x 41 mm en el lòbul esquerre, amb probable material colòide en el seu interior. Es diagnostica com a BMN. Es realitza punció aspirativa amb aguja fina (PAAF) de nòdul sòlid sospesat en el lòbul dret i es halla proliferació folicular corresponent a una classificació Bethesda IV/VI que indica tiroidectomia total.

Bona evolució. Com a conseqüència previsible de la cirurgia presentà hipoparatiroidisme transitori i hipotiroidisme permanent, que precisaren tractament substitutiu amb levotiroxina. Es mantenen controls periòdics en medicina de família i endocrinologia.

Conclusions: la patologia de coll pot passar desapercibida si el pacient no menciona específicament molesties en la regió. La seva exploració no ha de faltar dins l'examen físic. Es poden detectar precozment diverses malalties (tiroïdes, ganglionars o tumorals), i es precisen posteriors proves complementàries per a la confirmació diagnòstica. La ecografia és de primera elecció.

JUDIT MUÑOZ FREIXER
LLUM OLMEDO BORJAS

Contacte:
jmunozf.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7403

No perdem el contacte. Anamnesi i exploració física, peces clau en la pràctica clínica

Acut al centre d'atenció primària (CAP) una pacient de 80 anys, funcional i cognitiu conservat, per a visita presencial i valoració de proves. Com a antecedents patològics destaca: hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis *mellitus* de tipus 2, hiperuricèmia, hipotiroidisme i fibril·lació auricular anticoagulada.

La pacient havia contactat de forma telefònica uns dies abans i referia anorèxia, pèrdua de pes i restrenyiment sense altra clínica associada, d'un mes d'evolució. Per aquest motiu es va sol·licitar un test de sang oculta en femta (SOF) i es va citar presencialment.

Durant la visita revisem els fàrmacs i ens adonem que la pacient pren opiacis menors per a la gonartrosi des de fa poques setmanes. A més, veiem que el resultat del test SOF recollit en tres dies és positiu. Ens plantejem, doncs, si el restrenyiment pot ser degut a una causa farmacològica o podria tractar-se d'un pòlip o d'una tumoració a nivell colorectal.

Amb el permís de la pacient, realitzem l'exploració física on destaca: tons cardíacs arrítmics, exploració abdominal i tacte rectal anodi, i no es palpen adenopaties cervicals, supraclaviculars, axil·lars ni engonals. A la mama dreta, al quadrant inferior extern s'observa una lesió de 2 cm x 3 cm, ulcerada i amb retracció de pell. Al reintrograr la pacient, ens explica que feia 6 mesos que havia vist la lesió, però que no li havia donat importància.

Així doncs, davant del quadre tòxic, un SOF positiu i la lesió objectivada a la mama, derivem la pacient a la unitat de diagnòstic ràpid. Allà es realitza un estudi extensiu tant gastrointestinal com mamari. Resulta un carcinoma ductal infiltrant i un únic pòlip sèssil amb aspecte d'adenoma.

En resum, la finalitat del cas és remarcar la importància de l'exploració física, peça clau en la pràctica clínica i que no hem de deixar perdre malgrat que ens trobem en l'era de l'atenció primària que atén via telefònica de forma predominant.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M. ANTONIA COLL BOSCH
NELA AYUSO
EDUARDO RODRÍGUEZ
ESTHER GÓMEZ
IVAN REINA
ANNA CARRERA

Contacte:
28750mcb@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7405

En tenim prou amb una ecografia?

Motiu de consulta: pacient de 70 anys que presenta pruija i GGT de 445 U/l.

Clínica: pacient de 70 anys. En anàlítica rutinària es detecta GGT de 445 U/l.

Antecedents personals: exfumador, enòlic nociu (28-30 UB); durant la pandèmia reconeix major abús d'alcohol, hipertensió arterial, dislipèmia, malaltia pulmonar obstructiva crònica, augment persistent de transaminases 100 U/l en els darrers 5 anys.

No síndrome tòxica, només mínima pruija tractada amb antihistamínics adquirits a farmàcia.

Exploració física: bon estat general, obesitat amb IMC 32, ni adenopaties ni visceromegàlies.

Exploracions complementàries: l'anàlítica inicial destaca GPT: 56 U/l, GOT: 47 U/l, GGT: 446 U/l, fosfatasa alcalina: 145 U/l, PSA: 11, resta normal. Davant aquesta GGT inusualment elevada es sol·licita ecografia abdominal on destaca esteatosi hepàtica, però són resultats que no justifiquen l'augment GGT.

Després d'abstinència alcohòlica, nou control analític en dos mesos, amb marcadors de l'hepatitis i marcadors tumorals on destaca: VSG 101, GOT 47 U/l, GPT: 66 U/l, GGT: 229 U/l, fosfatasa alcalina: 163 U/l, bilirubina: 191, serologies de l'hepatitis, marcadors tumorals (CEA 4,1, CA 19,9 525, PSA 11, alfafetoproteïna <7).

Davant d'aquests resultats s'envia a la unitat de diagnòstic ràpid de medicina interna on, després de tomografia computada (TAC) toracoabdominal, es diagnostica colangiocarcinoma de tipus IIB de Bismuth, amb afectació parenquimatosa.

Judici clínic: és avaluat per comitè de tumors, durant el procés diagnòstic presenta ictus extens del qual es recupera al sociosanitari i es descarta tractament quirúrgic i oncoespecífic. Després és atès per PADES.

Diagnòstic diferencial: hepatitis enòlica, vírica, autoimmunitària, coledocolitiasi, neoplàsies (pàncrees, hepatocarcinoma, colangiocarcinoma, neoplàsia de pròstata disseminada).

Comentari final: EN aquest cas es posa de manifest que les exploracions complementàries a què tenim accés els metges de família no són sempre suficients per arribar al diagnòstic de patologies que posen en risc la vida dels nostres pacients. Per què no es va demanar una TAC abdominal d'entrada? Els marcadors tumorals en determinades situacions són d'ajut?

ANGELA CERVERA SÁNCHEZ
JUDIT BANEGAS GARCÍA
MARIA RAMON GRANÉS
CARLOS LÓPEZ ARPI
JOAN BARROT DE LA PUENTE

Contacte:
angela_cervera11@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7406

Som conscients de les noves recomanacions en l'abordatge de lípids i del risc cardiovascular en el pacient amb diabetis?

Recentment s'ha publicat la nova guia de lípids i risc cardiovascular de l'Institut Català de la Salut. Aconsella l'ús de la taula REGICOR (RGC). El pacient amb diabetis *mellitus* (DM) s'ha d'individualitzar i considera el tractament farmacològic en riscos més baixos del 10%.

Objectius: descriure les característiques clíniques i el tractament dels pacients amb DM2 i prevenció primària (PP) en funció del RGC (inferior o superior al 10%) i els objectius recomanats. Amb un RGC inferior al 10% en determinades situacions clíniques cal valorar aconseguir un LDL-colesterol al voltant o per sota de 100 mg/dl.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal basat en els registres d'atenció primària (ECAP). Mètode estadístic: comparació de mitjanes i proporcions.

Variables: risc REGICOR, edat, sexe, LDL-colesterol, tractament amb estatinas, insulina, anys d'evolució de la DM, taxa d'FGe, quocient albúmina-creatinina (CAC), hemoglobina glicada (HbA1c), retinopatia diabètica (RD), índex turmell-braç (ITB) i dislipèmia aterogènica.

Resultats: 15.104 individus amb DM2, una prevalença del 6,9%. Edat mitjana de 69 anys (desviació estàndard [DE]: 9) i 57% homes. Un 84% en prevenció primària. Presenten un RGC mitjà de 5,94 (DE: 2,3). En PP, el 70,9% presenta un RGC inferior a 10%. Un 35,8% dels pacients amb llarga evolució de la malaltia, un 39,9% amb CAC superior a 30 ml/min, un 33,6% amb TFGc inferior a 45 ml/min, un 39,0% amb insulina, un 43,1% amb RD, un 44,8% amb ITB inferior a 0,9 i un 39,0% amb dislipèmia aterogènica no es troben en objectiu.

Un 16,4% amb un RGC superior o igual al 10%. Un 25% un LDL-colesterol superior a 130 mg/dl i un 56% superior a 100 mg/dl. Un 12,6% no tenen registrat l'RGR.

Conclusió: malgrat les noves recomanacions de la guia, els resultats són decebedors, amb molt marge de millora. Existeix poc coneixement de la nova actualització degut a la poca/nul·la difusió de la mateixa.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MANGELS SIEIRA
LETICIA TROYANO
ALEX LÁZARO

Contacte:
masieira.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7407

Què fer en pandèmia en fibromiàlgia?

Objectius de l'experiència: en espera de poder reiniciar les activitats grupals que van quedar aturades fa dos anys a causa de la COVID-19, i amb la finalitat de poder donar suport a les persones afectades de síndrome de sensibilització central es va elaborar un material en línia de fàcil accés.

Descripció de l'experiència: el material es va elaborar amb un disseny web adaptable a tots els dispositius. Els continguts són d'informació general sobre la malaltia, gestió emocional i del dolor, dieta i hàbits saludables, exercici físic i higiene postural, respiració i relaxació. Tot elaborat a partir d'imatges, esquemes i vídeos explicatius amb una interfície molt senzilla i fàcil d'entendre i veure, i accessible a través d'un link i també d'un codi QR.

Es va fer la difusió del material a tots els referents mitjançant reunió telemàtica, indicant que ells la fessin al seus centres.

Actualment no tenim dades definitives, però sabem, pel que les pacients expressen, que aquest material els ha resultat molt útil, sobretot per a aquelles que ja havien fet l'activitat grupal al centre, i que trobaven a faltar l'espai de comunicació i aprenentatge que representa per a elles i que les ajuda en l'autogestió de la seva malaltia. Així mateix, aquelles diagnosticades durant la pandèmia amb afectació lleu-moderada i que en aquest cas no disposaven d'alternativa terapèutica han trobat molt profitós disposar d'aquests continguts a la mà.

Conclusions: l'elaboració d'aquest material ha suposat una eina útil per poder donar suport als pacients en circumstàncies excepcionals com les de la COVID-19.

Aplicabilitat: l'experiència és aplicable a totes les àrees bàsiques. És una eina fàcil d'utilitzar i amb contingut important que, tot i recuperar les intervencions presencials, servirà de suport quan la pacient sigui a casa o no pugui assistir a la intervenció grupal.

JUAN JOSÉ MONTERO ALIA
JOAN HERREROS MELENCHÓN
IDAIRA DAMAS PÉREZ
ROSA MARÍA SIERRA LUJÁN
IMMACULADA MONREAL MAURI
MARIO NAVAJAS CUENCA

Contacte:
juanki2003@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7408

20 anys després de la reforma de l'atenció primària, la presència de l'especialitat als centres de salut de Catalunya se'n ressent

Introducció: la finalització de la reforma de l'atenció primària, amb la desaparició dels últims metges contingents de 2,5 h, va esdevenir-se a principis d'aquest segle. Durant l'última dècada, el percentatge de places MIR de medicina familiar i comunitària ha anat decreixent respecte a la resta d'especialitats i els joves especialistes troben a l'estranger el que els hi manca aquí.

Objectiu: Conèixer el nombre de metges en els equips d'atenció primària, les característiques sociodemogràfiques i el percentatge d'especialistes en medicina familiar i comunitària.

Metodologia: estudi observacional multicèntric realitzat la primavera de 2021 a 27 equips d'atenció primària de diverses comarques de Catalunya. Participació voluntària.

Resultats: s'analitzen 27 equips d'atenció primària on treballen un total de 371 metges. L'edat mitjana dels metges és de 47,6 anys amb un 68% de dones. El 71% tenen l'especialitat via MIR. Del total de centres, 3 són docents i 12 són urbans, la resta tenen algun consultori local. La meitat dels equips pertanyen a entorns semirurals. Dos dels 27 equips tenen el 100% de la plantilla mèdica via MIR i 7 no arriben al 50%. 11 equips superen l'edat mitjana de 50 anys, i 4, els 55 anys. Només un equip dels 27 té una edat mitjana de 40 anys.

Conclusió: no entenem una atenció primària sense metges de família, però l'envelliment de les plantilles mèdiques dels equips i la manca d'especialistes són una realitat. Alguns centres perdran la meitat de les seves plantilles en els propers 3 anys i les possibilitats que vinguin metges especialistes en medicina familiar i comunitària és cada vegada més baixa. Necessitem un pla governamental que retengui al metge jove especialitzat i engresqui la resta, perquè la pandèmia ha agreujat i accelerat aquesta dinàmica.

MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
YENIER JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
ALBERTO CARRILLO SOLA
ANGELA PORCAR MATEO

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7409

Escabiosi, treball en equip

Objectius: en detectar-se un augment de casos d'escabiosi a l'àrea bàsica de salut (ABS) des de maig de 2020, es plantejà una formació sobre el diagnòstic i tractament de l'escabiosi per al personal de l'ABS, conjunta amb farmàcies, regidories de Salut i Serveis Socials i equipaments d'ensenyament del municipi. Els objectius eren millorar els circuits d'atenció en pacients amb sospita d'escabiosi i facilitar un tractament més precoç per evitar-ne la transmissió comunitària i introduir la dermatoscòpia com a eina complementària en el diagnòstic mèdic.

Descripció: es crea un grup de treball format per 1 metgessa tutora, 4 residents de família i 2 infermeres. Es realitzà una formació teòrica en línia i presencial, adaptada a cada col·lectiu, per al personal sanitari, treballadora social i administratiu de l'ABS, per a les farmàcies, per als regidors de Salut i Serveis Socials i per als directors de llars d'infants, escoles, instituts i centre d'estudis d'adults. Per al personal mèdic es va realitzar una formació específica en signes dermatoscòpics d'escabiosi.

La formació es va acompanyar amb suport informatiu per als assistents i la realització d'uns tríptics adreçats als pacients.

Es revisaren els circuits d'atenció amb els coordinadors de l'ABS, i es prioritzà la visita al dia en casos sospitosos de sarna, per facilitar un tractament precoç.

Es va emetre una notícia al diari comarcal sobre l'escabiosi, amb la participació del dermatòleg de l'ABS.

Conclusions: es va assolir una millora en l'assistència dels pacients amb escabiosi a nivell de diagnòstic precoç, eines diagnòstiques i tractament. El treball amb les farmàcies va millorar el circuit de derivacions a l'ABS per confirmar el diagnòstic d'escabiosi versus altres dermatosis. El treball en equip multidisciplinari va beneficiar la gestió d'un problema comunitari. Es planteja repetir la formació periòdicament.

Aplicabilitat: Experiència de treball en equip multidisciplinari aplicable a diferents nivells que tinguin contacte amb pacients amb escabiosi.

GLORIA CARCELERO ROMAN
GISELA SOS BUITRAGO
LAURA SEGARRA FERNÁNDEZ

Contacte:
gcroman.hj23.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7410

Hemocromatosi

Pacient home de 56 anys consulta en diverses ocasions per motius de consulta diversos: miàlgies, astènia, dolor abdominal inespecífic.

Pacient que, com a antecedents personals, és fumador de 10 cigarrets diaris, amb un enolisme moderat. Nega antecedents patològics familiars d'interès.

En l'anamnesi el pacient refereix astènia, miàlgies generalitzades i dolor abdominal d'anys d'evolució. Es realitza una ecografia abdominal el 2014, sense troballes patològiques, amb analítiques de control anual amb perfil metabòlic, tiroïdal i hepàtic sense troballes patològiques.

En l'exploració física, el pacient presenta un to de pell fosc sense exposició solar, auscultació cardíaca i pulmonar sense alteracions; exploració abdominal amb lleu hepatomegàlia d'1 través de dit, dolorós a la palpació profunda; resta de l'exploració sense alteracions.

A principis de 2017 es va sol·licitar un perfil fèrric. Destacava una ferritina de 811 ng/ml, un ferro de 197 ug/dl, hemoglobina de 16,6 g/dl, hematòcrit de 45%, VCM de 101 fl i un HCM de 34,6 pg. Vam confirmar les troballes amb una nova analítica: hi persistia una ferritina elevada, una transferrina disminuïda (167 mg/dl), IST elevat (82%) amb factor reumatoide i anticossos antinuclears negatius i un proteïnograma normal.

Davant d'una sospita d'hemocromatosi es va derivar al servei de medicina interna on van realitzar un estudi genètic, i es detecta una mutació en homozigosi del gen HFE, que confirma el diagnòstic d'hemocromatosi hereditària.

Es van realitzar les següents proves complementàries per descartar complicacions: ecocardiograma normal, ecografia d'abdomen amb lleu hepatomegàlia i una quantificació de sobrecàrrega hepàtica de ferro per RMN de grau elevat.

Com a tractament es van realitzar flebotomies trimestrals fins al 2019, amb millora dels paràmetres analítics i resolució de la clínica del pacient.

L'hemocromatosi és una malaltia poc prevalent en el nostre entorn i amb una clínica molt inespecífica. Cal pensar-hi per al nostre diagnòstic diferencial.

MARGARITA ÀLVAREZ BARRIO
MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
YENIER JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7413

Doctora, avui la veig doble

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient home de 82 anys que consulta per diplopia binocular de 3 h d'evolució.

Història clínica:

- Antecedents: hipertensió arterial amb bon control amb tractament farmacològic, artrosi, diverticulosi de colon, hiperplàsia benigna de pròstata i malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Anamnesi: refereix diplopia binocular a partir d'1,5 m, aproximadament, de distància focal d'inici fa 3 h mentre conduïa.
- Exploració física: cardiorespiratòria sense alteracions. Tensió arterial 150/102 mmHg; freqüència cardíaca 70 bpm, glicèmia 100 mg/dl i temperatura 36 °C. Exploració neurològica sense alteracions per parells cranials, no nistagme, Romberg negatiu, no signes d'atàxia. Exploració oftalmològica: presenta només diplopia horitzontal de predomini esquerre en la mirada binocular central (no en laterals) a partir d'1,5 metres. Resta de l'exploració sense alteracions.
- Diagnòstic diferencial: diplopia per parèsia del VI parell cranial d'origen isquèmic, tumoral, hipertensió endocranial infecciosa.
- Pla d'actuació: es va derivar a urgències de l'hospital de referència amb realització de tomografia computada cranial i s'objectivaren signes de leucoencefalopatia de probable origen hipoxicoisquèmic. Va ser valorat per oftalmologia i s'orientà el cas com a parèsia del VI parell cranial esquerra d'origen isquèmic.

Es deriva a neurologia. El pacient presenta resolució de la clínica progressivament, i es presenta asimptomàtic 2 mesos després. S'ha realitzat des d'atenció primària un control dels factors de risc cardiovascular amb normotensió en l'actualitat.

Conclusions: la parèsia del VI parell cranial o motor ocular extern és la parèsia de nervis cranials més freqüent, i predomina en l'edat pediàtrica. Les causes més freqüents són traumàtiques o tumorals. En adults acostuma a presentar-se amb diplopia i limitació de l'abducció de l'ull, que no es presentava en el cas descrit.

YENIER JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ
MARGARITA ÀLVAREZ BARRIO

Contacte:
maymami@xarxatecla.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7414

Deformatat de Madelung, una troballa poc freqüent

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 61 anys que consulta per epicondilitis dreta persistent.

Història clínica:

- Antecedents: dislipèmia en tractament farmacològic, hàl-lux valg i poliposi colònica.
- Professió: pintora.
- Anamnesi: pacient que consulta per epicondilitis dreta que empitjora després de la jornada de treball, des de fa uns 3 mesos.
- Exploració física: dolor a la palpació d'epicòndil. Destaca deformatat amb bultoma de consistència òssia a la cara interna del dors d'ambdós canells. La pacient refereix que ho té des de la infància.
- Exploracions complementàries. Radiografia dels canells: escurçament del radi en relació amb el cúbit, amb incongruència de l'articulació radiocubital distal i subluxació dorsal del cap cubital. Conclusió: compatible amb deformatat de Madelung bilateral.
- Es revisa història clínica de la pacient i s'objectiva el mateix diagnòstic a la ressonància magnètica de canells realitzada al 2014 en un altre centre.
- La pacient presenta conjuntament talla baixa i fenotip facial compatible amb fàscies mongoloide, sense haver-se realitzat estudis al respecte.
- Tractament: es realitza infiltració amb mepivacaïna i corticoteràpia d'epicondilitis amb millora clínica parcial. Es deriva la pacient a traumatologia per completar estudi i per si necessita altres tractaments o estudis. Es realitza estudi familiar i s'objectiva en la filla la mateixa deformatat als canells i talla baixa.

Conclusió: la deformatat de Madelung es defineix com un trastorn del creixement de la porció anteromedial de la placa de creixement epifisari del radi. S'atribueix a displàsia mesomèlica caracteritzada per talla baixa, fàscia mongoloide i deformatat de Madelung, coneguda com a discondrosteosi de Léri-Weill. S'associa amb freqüència amb parestèsies als canells i mans per atrapament del nervi medià per la deformatat, que no es presenten en la pacient del cas.

ISABEL DOLZ GÜERRI
RAQUEL LANGARITA LLORENTE
JESÚS CAMPOS FERNÁNDEZ

Contacte:
isabeldg_10@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7415

Prevenir es mejor que curar

Àmbit: atenció primària, servei de urgències.

Motiu consulta: síncope.

Historia clínica:

- Antecedents personals: sin antecedents mèdics coneguts. No tòxics. Obesitat (118 kg, IMC: 44,4 kg/m²). Ansietat. Crisis comicial en contexte de síndrome febril a los 8 años. Limpiadora. No presenta alteracions en la esfera familiar.
- Tratamiento actual: quetiapina 25 mg/24 h. Enoxaparina profiláctica 40 mg/24 h durante 4 días por inmovilización por entorsis de rodilla.
- Anamnesis: mujer de 23 años que consulta por mareo con disminución del nivel de conciencia al salir de la ducha, acompañado de sudoración intensa, movimientos tónico-clónicos y dolor torácico atípico con período de confusión posterior sin pérdida del control de esfínteres, mordedura lingual o fiebre.
- Exploración física: TA 107/66 mmHg; FC 94 lpm; saturación 99%. Auscultación cardiaca: RsCsRs sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Férula femoropodálica derecha. Resto normal.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma con taquicardia sinusal. Analítica: CK 718 U/l, troponinas 77,20 pg/ml, DD 3.584 ng/ml. Hemograma y gasometría arterial en rango. Angio tomografía computarizada: defectos de repleción en arterias pulmonares segmentarias y subsegmentarias bibasales, sugestivos de tromboembolismo agudo.
- Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar bilateral con elevación de marcadores de daño miocárdico y hemodinámicamente estable.
- Diagnóstico diferencial: síncope vasovagal, hipoglucemia, ansiedad, crisis comicial, patología osteomuscular.
- Tratamiento: ingreso en neumología. Tratamiento con enoxaparina 120 mg/12 h. Estudio de trombofilia, ecocardiograma y eco-Doppler de las extremidades inferiores sin hallazgos patológicos.
- Evolución: alta a los 7 días bajo tratamiento con acenocumarol, que pudo ser retirado a los 6 meses. Actualmente asintomática y realiza vida normal sin limitaciones.

Conclusiones: no podemos infraestimar la sintomatología de nuestros pacientes jóvenes. Debemos identificar y controlar los factores de riesgo de tromboembolismo, calcular la probabilidad de enfermedad, no confundir las dosis profilácticas de HBPM con las dosis terapéuticas y ajustarlas al filtrado glomerular y al peso, dado que a nuestra paciente se le prescribió menor cantidad de heparina de la que le correspondía según su IMC durante los días de inmovilización.

EDUARD POCH FERRET
MARINA TANTINYÀ DAURA
M^a ÀNGELS SIEIRA RIBOT

Contacte:
edu_poch@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7416

La dolçor dels antibiòtics

Àmbit: atenció primària i urgències

Motiu: febre i eritema.

Història clínica: dona de 38 anys sense antecedents d'interès ni hàbits tòxics, viu amb la seva parella i un gat.

Consulta a atenció primària per malestar general i astènia. Es realitza tira d'orina on s'observa leucocitúria sense nitrats, pel que es prescriu fosfomicina. No obstant això, la pacient no presentava síndrome miccional. Per persistència de clínica es canvia el tractament a Septrin®.

Una setmana després de finalitzar l'antibiòtic, inicia febre de 39 °C i artràlgies. Dos dies després presenta erupció cutània amb lleu pruija. En l'exploració destaquen plaques eritematoses al tronc i braços d'1-6 cm, indurades, simètriques amb edema, centre pustulós i marge delimitat en forma de diana.

S'inicia clindamicina per sospita de cel·lulitis sense resposta. Acudeix a urgències on es realitza analítica sanguínia amb 9.200 k/mcl leucòcits (85% neutròfils), elevació de PCR a 17,5 mg/dl i procalcitonina negativa. Valorada per dermatologia, s'orienta d'eritema multiforme compatible amb síndrome de Sweet, probablement secundària al tractament amb Septrin®. Es realitza biòpsia i s'inicia corticoides a dosis altes (60 mg/dia) a dosis descendents durant 2 mesos, posteriorment resolució completa de les lesions.

Conclusiones: la infecció del tracte urinari és una consulta molt freqüent a atenció primària. El diagnòstic es realitza per clínica de síndrome miccional, juntament amb tira d'orina o cultiu. La positivitat de la tira d'orina sense clínica compatible s'anomena *bacteriúria asimptomàtica* i no requereix tractament, excepte en gestants. L'ús indiscriminat d'antibiòtics propicia les resistències i els efectes adversos.

La síndrome de Sweet o dermatosi neutrofilica febril aguda pot ser deguda a un procés infecció, neoplàsic, reumatològic o farmacològic, entre altres. Es caracteritza per febre, miàlgies i aparició de plaques eritematoses amb elevació de leucòcits (>70% neutròfils) i PCR. El diagnòstic definitiu requereix biòpsia cutània (dermatitis neutrofilica) i el tractament consisteix en corticoides a dosis elevades.

CAROLINA ALLEGRA WAGNER
IRENE VERA MORENO
IVAN ARRUFAT MARTÍN

Contacte:
wagner.carolina.allegra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7417

El síndrome coronario agudo tiene género

Àmbit del cas: urgències.

Motiu de consulta: epigastralgia.

Història clínica:

- Mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora (40 paq/año). Antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes *mellitus* de tipo 2, isquemia crónica de extremidades (dos amputaciones).
- Anamnesis: epigastralgia opresiva intensa intermitente (1-2 veces por día), duración 5-10 minutos, irradia al cuello y tórax, asocia vegetatismo y alivio al eructar. Anteriormente acudió a su ambulatorio (electrocardiograma sin alteraciones) y se orientó como ansiedad. Por referir epigastralgia, alivio al eructo y descarte de patología cardíaca en ambulatorio se deriva a cirugía.
- Exploración: anodina.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma inicial: ritmo sinusal, descenso en V3-V5: sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación de ST y se traslada a urgencias médicas. Electrocardiograma a la llegada al área médica: ascenso en aVR, V1-V2, descenso en V3-V6. Se activa código de infarto agudo de miocardio (IAM). Analítica: curva de troponinas positiva. Ecocardiografía transtorácica: disfunción ventricular grave.

Juicio clínico: epigastralgia/dolor torácico de características isquémicas. Es fundamental realizar electrocardiograma precoz y seriados, analítica con marcadores de lesión miocárdicos y control del dolor.

Diagnóstico diferencial: isquemia, disección aórtica, mio o pericarditis, tromboembolismo pulmonar, gastritis, RGE, trastornos de motilidad esofágicas.

Identificación de problemas: triaje a cirugía con problema médico y dificultad de reconocer clínica de SCA por tratarse de un cuadro "atípico".

Tratamiento: se activa código IAM, se administra doble antiagregación, anticoagulación. Se traslada a hemodinámica.

Coronariografía: enfermedad coronaria significativa de 2 vasos. Se realiza angioplastia coronaria.

Evolución: favorable. Alta a los 4 días, control por cardiología y ambulatorio.

Conclusiones: desde triaje se debe valorar incluir electrocardiogramas y priorizar el diagnóstico diferencial que precisa una actuación más precoz. ¡La sintomatología "atípica" (epigastralgia, eructos, astenia, dolor de brazos, muñecas o mandíbula) no descarta un SCA, sobre todo en mujeres con factores de riesgo! Realizar electrocardiogramas seriados en dolores torácicos. El diagnóstico de ansiedad es posterior a la exclusión de patologías orgánicas.

CLARA LLANAS MARCO
TERESA BORDELL SIERRA
OSCAR LÓPEZ MIGUEL

Contacte:
clara.llanas@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7418

No em fareu el test d'antígens de la COVID-19!

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

Motiu de consulta: Febre i dispnea d'1 setmana d'evolució.

Història clínica: antecedents personals: home de 66 anys, sense antecedents mèdics coneguts. Fumador 4, 0 paq/any, enolisme ocasional. No vacunat de la COVID-19. Viu sol.

Anamnesi: reacudeix al nostre centre d'urgències per febre persistent, dolor toràcic punxant dret, dispnea a esforços i edemes a les extremitats inferiors.

Revisant la visita de fa 2 setmanes destaca consolidació al lòbul superior dret (LSD) i al lòbul mitjà (LM) associada a vessament pleural dret. Davant la negació del pacient a realitzar-se el test ràpid d'antígens de la COVID-19 i a col·laborar en l'estudi va ser donat d'alta amb indicacions de confinament domiciliari i tractament simptomàtic.

Exploració: bon estat general, eupneic en repòs. En l'auscultació crepitants i hipofonesi a la base dreta.

Proves complementàries: el pacient es nega a realitzar-se el test ràpid d'antígens de la COVID-19. Es realitza nova radiografia de tòrax on s'aprecia consolidació cavitada a LSD, consolidació LM, pèrdua de volum de l'hemotòrax dret amb augment del vessament pleural dret. Analíticament amb leucocitosi desviada, funció renal correcta.

Judici clínic: pneumònia complicada amb vessament pleural.

Diagnòstic diferencial: pneumònia adquirida a la comunitat complicada, pneumònia atípica, neoplàsia, complicació de COVID-19.

Identificació de problemes: respectar els drets del pacient, el principi d'autonomia i els principis de bioètica de beneficència i no maleficència.

Tractament i plans d'actuació: des d'urgències s'inicia tractament amb antibioteràpia endovenosa i s'indica ingrés hospitalari. El pacient denega aquesta opció i sol·licita l'alta voluntària. Es prescriu Meiac® 400 mg 1/12 h 10 dies i es programa un control ambulatori.

Evolució: Millora del estat general, afebril després del tractament.

Conclusiones: el metge ha de garantir els drets dels pacients: la voluntat de decisió, la informació, tenint en compte els principis de justícia, beneficència i no maleficència.

A la pràctica clínica del metge d'atenció primària es plantegen conflictes ètics diàriament, a vegades contradictoris.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JULIA SEBASTIA MARTÍNEZ
ELENA BALAGUER HERNÁNDEZ
LLUIS CUIXART COSTA

Contacte:
juliasebastia98@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7421

Efectivitat d'una intervenció d'educació sanitària sobre COVID-19 en alumnes de batxillerat de Barcelona

Objectiu: avaluar l'efectivitat d'una intervenció d'educació sanitària sobre la COVID-19 en alumnes de batxillerat del barri Dreta de l'Eixample.

Disseny: estudi longitudinal prospectiu.

Àmbit: centres educatius del barri on es cursi el batxillerat.

Criteris de selecció: tenir 16-18 anys, assistir a un centre educatiu ubicat al barri, estudiar batxillerat i tenir el consentiment informat signat. Criteris d'exclusió: barrera idiomàtica, presentar algun deteriorament cognitiu o no fer les classes de forma presencial.

Subjectes inclosos: 2.100 joves que cursen batxillerat.

Subjectes que responen: 312.

Variables: intervenció d'educació sanitària COVID-19 i coneixements sobre COVID-19 dels adolescents.

Anàlisi estadística: regressió logística, comparació de mitjanes (t de Student).

Limitacions: manca d'alumnes de 2n de batxillerat.

Aspectes legals: conformitat del Comitè d'Ètica (IDIAP Jordi Gol - CEI: 21/020-PCV).

Resultats: finalment s'han analitzat un total de 312 enquestes a 7 centres educatius (4 privats, 2 concertats i 1 públic). La participació es concentra a 1r de batxillerat, en un 75,1%. Només el 33,5% havien rebut formació prèvia sobre el tema.

A totes les preguntes s'aprecia una millora entre els resultats preintervenció i els postintervenció. Hi ha 4 preguntes que superen el 40% de millora: 5, 6, 7 i 11, que fan referència als grups de risc, la supervivència del virus, els factors de risc i la bombolla de convivència, respectivament. La pregunta 6, per exemple, va passar d'un 47,4% d'encerts a un 97,4% després de la intervenció. La 11, en canvi, va passar d'un 31% a un 76,8%.

No existeix una diferència estadísticament significativa entre els resultats dels centres privats, concertats i públics. Tampoc entre els estudiants que havien rebut formació prèvia i els que no.

Conclusions: la intervenció d'educació sanitària ha demostrat ser efectiva, ja que s'ha evidenciat una millora amb significació estadística dels resultats posteriors a la intervenció en la majoria de les preguntes.

CRISTINA ROS ESPIN
KENIA VAZQUEZ ACEVEDO
RAQUEL GARCÍA LECINA

Contacte:
cros.ics.bcn@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7424

Millor un company a la porta que un parent a Mallorca

Àmbit: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: dona de 26 anys que consulta telefònicament i demana ecografia. Havia estat visitada per dolor abdominal al centre d'urgències d'AP. Explica dolor abdominal de 2 setmanes d'evolució i basques sense vòmits, es programa visita presencial per a l'endemà.

Història clínica: antecedents personals sense interès.

Exploració física: afebril, dolor a la palpació de l'hipocondri dret, Murphy+. Sense signes d'abdomen agut.

Es demana anàlítica preferent que mostra: plaquetes 664.000, VSG 94, FA 3.727, GGT 79.

Judici clínic: el quadre i l'anàlítica apunten a patologia hepatobiliar.

Amb aquests resultats es comenta al company d'ecografia, que la cita per a l'endemà.

A l'ecografia s'observa colelitiasi de 17 mm sense dilatació de la via biliar. Al lòbul hepàtic dret es visualitzen lesions ocupants d'espai, heterogènies, de molta grandària, amb captació Doppler feble i adherides formant una gran massa.

Davant la sospita de tumoració hepàtica de molta grandària i la demora dels metges especialistes hospitalaris, en situació de pandèmia, es decideix derivació a urgències hospitalàries. Ingressa el mateix dia, l'estudi de la tomografia computada abdominal mostra una gran massa de 112 mm x 134 mm, que sembla tenir origen a la glàndula suprarenal dreta. Les troballes fan sospitar un carcinoma suprarenal. Es va decidir intervenció quirúrgica (exèresi de tumoració suprarenal i nefrectomia dreta).

Anatomia patològica: carcinoma suprarenal en estadi 3.

Seguiment compartit pel centre d'AP i l'hospital de referència.

Conclusions: la capacitat resolutiva de primària s'ha vist augmentada per l'accés a l'ecografia. La situació de pandèmia de la COVID-19 ha forçat l'adopció de canvis importants a l'atenció primària: l'esforç per no deixar de banda la resta de patologies ha estat titànic.

Mai l'edat d'un pacient o la freqüència de les patologies ens ha de fer banalitzar o demorar una situació clínica. Cosa tan òbvia com difícil de dur a terme.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LAURA ILLAMOLA MARTÍN
MARC ALBIOL PERARNAU
CLAUDIA ESPINOSA CEBRIÁN
PABLO ARCE ROMERO
MAITE ARROYO JIMÉNEZ
EVA PUIG DE LA BELLACASA BUENO

Contacte:
laurailamola@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7425

Segueixen la dieta mediterrània els professionals d'un centre d'atenció primària durant la pandèmia de la COVID-19?

Objectiu: avaluar l'adherència a la dieta mediterrània durant la pandèmia de la COVID-19 dels professionals d'un centre de salut.

Material i mètodes: estudi transversal descriptiu amb una enquesta anònima i voluntària als treballadors d'un centre d'atenció primària urbà durant la pandèmia de la COVID-19 per obtenir dades sobre característiques sociodemogràfiques (edat i sexe), qüestionari d'adherència a la dieta mediterrània MEDAS-14 (adherència baixa = 5, moderada 6-9, alta = 10) i percepció de l'adherència a la dieta mediterrània.

Resultats: van respondre l'enquesta 45 treballadors del centre entre 19 i 61 anys, 75,55% dones, 24,45% homes. Es van obtenir valors entre 4 i 12 al qüestionari MEDAS-14.

El 42,22% tenien una adherència alta, un 53,33%, moderada i un 4,44% baixa. Sobre la percepció a l'adherència a la dieta mediterrània, un 60% va contestar moderada, el 33,33% alta i el 6,67% baixa.

Dins del grup d'alta adherència a la dieta mediterrània (van aconseguir una puntuació de 10 o més al qüestionari MEDAS-14), el 47,37% tenien entre 45 i 61 anys, el 15,79% entre 30 i 45 anys i el 36,84% entre 19 i 30 anys. Analtzats per sexes, el 63,16% dels que tenien una adherència alta a la dieta mediterrània eren dones.

Conclusions: més del 95% dels treballadors del centre tenen una adherència moderada o alta a la dieta mediterrània en el context actual de la pandèmia.

PILAR BABI ROURERA
MIREIA LECINA NICOLAS
SARA LÓPEZ GARCÍA

Contacte:
pilarbabiourera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7426

Demència d'evolució ràpida

Motius de consulta: dona de 87 anys amb demència i empitjorament funcional ràpid.

Antecedents: No tabac ni OH. Comorbiditats: diabetis *mellitus* de tipus 2, COVID-19 lleu (10-09-21) amb recuperació completa. Demència de tipus degeneratiu, inici de sospita clínica el 4 de març de 2021. Anàlítica i tomografia computada (TAC) anodins. Consulta neurologia que classifica com a demència de tipus Alzheimer amb factors de risc cardiovascular i GDS4/CDR1.

Malaltia actual: atenció domiciliària el dia 28 de desembre per deteriorament de l'estat general, de 48 h d'evolució, somnolència i desorientació. Valoració mèdica: síndrome confusional aguda (SCF) secundària a ITU; tractament amb fosfomicina 3 g. Urocultiu previ al tractament negatiu; anàlítica: PCR 5,31 mg/dl, glicèmia 157 mg/dl, resta d'hemograma i bioquímica normals. Inici recent de galantamina, que se suspèn d'acord amb servei de neurologia. TAC cerebral (16-01-22): múltiples imatges compatibles amb metàstasis cerebrals. Des de radiologia es realitza TAC toràcica: imatge de càncer pulmonar apical dret i nòdul addicional a lòbul superior dret; imatges lítiques a graella costal. Oncologia en fa una valoració pal·liativa. La pacient va morir al domicili, 37 dies després de l'inici dels símptomes, amb progressiva desorientació, obnubilació i coma, però sense focalitat neurològica, clínica respiratòria o dolor.

Diagnòstic diferencial: l'evolució de la demència és variable (entre 2-20 anys). L'evolució ràpida de la mateixa es relaciona amb inicis a edats primerenques i malalties específiques (síndrome de Down, Parkinson, OH, malaltia de Creutzfeldt-Jakob). El deteriorament funcional ràpid en la demència és un repte clínic. Cal diagnòstic diferencial entre: evolució ràpida de la malaltia, SCF, episodi vascular i patologia cerebral independent. Les proves d'imatge poden ser necessàries. Les metàstasis cerebrals múltiples orienten cap a origen pulmonar o mamari. El tractament depèn del tumor original, tot i que les metàstasis enfosqueixen el pronòstic.

Conclusions: l'empitjorament ràpid dels símptomes de la demència alerten respecte l'SCF, entitat molt freqüent; sense oblidar la possibilitat de patologia cerebral independent, principalment vascular o oncològica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARIA ANTONIA AULADELL LLORENS
LAURA NIETO MÁRQUEZ
SUSANNA MONTESINOS SANZ

Contacte:
susannix2002@yahoo.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7428

Encefalomièlitis aguda disseminada, a propòsit d'un cas a atenció primària

Àmbit del cas: multidisciplinari.

Motius de consulta: nen de 8 anys amb pèrdua de coneixement.

Història clínica: sense al·lèrgies ni antecedents personals, és portat al centre d'atenció primària (CAP) per episodi bruscat de pèrdua de coneixement. Expliquen que estava saltant en un llit elàstic, va presentar vòmit i posteriorment hipoactiu i areactiu, però amb to. No traumatisme craneoencefàlic. Prèviament bé. Al CAP inicia hipotonia progressiva; es col·loca Ventimask amb O₂, i es canalitza via perifèrica. Al cap de 10 minuts presenta augment de to amb hipertonia a les extremitats superiors, nistagme i desviació de la mirada i cefàlica, cap amunt i a l'esquerra. Exploració física: normotens afebril, glicèmia. Hipoactiu i areactiu, hipotònic, pupil·les isocòriques normoreactives. Cianosi labial. Sense lesions agudes cutànies (no petèquies, algun hematoma antic a les extremitats inferiors), sialorrea. AR/C i EA/normal. Es truca el servei d'emergències (SEM). Quan arriba el SEM, Glasgow 7-8, s'inicia IOT i trasllat hospitalari. Ingressa a UCIP, on PL per a estudi virològic i tòxics en orina negatius. Analítica, radiografia de tòrax i tomografia computada cranial: normals. Es retira IOT a les poques hores sense incidències. Diagnòstic inicial: epilèpsia occipital benigna, tot i que l'electroencefalograma postcrític és normal. A l'alta es recomana diazepam rectal si hi ha alguna crisi. Tres dies després acut a urgències de l'hospital per episodi de mareig i cefalea, i pic febril. Exploració física normal. Analítica sense elevació de reactants. Líquid cefalorraquidi normal. Ressonància magnètica cerebral: lesions hemisfèriques bilaterals suggestives d'encefalomièlitis aguda disseminada (EMAD).

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: EMAD.

Diagnòstic diferencial: epilèpsia, meningitis, neoplàsia cerebral, hipoglucèmia, intoxicacions.

Tractament: corticoides.

Evolució: bona.

Conclusions: l'EMAD és la leucoencefalopatia adquirida més freqüent a pediatria, d'etiologia multifactorial, generalment monofàsica, polisintomàtica amb afectació del nivell de consciència. No existeixen marcadors biològics per al seu diagnòstic i, per tant, s'ha de valorar la clínica i les troballes en la ressonància magnètica. Relacionada amb l'esclerosi múltiple. Davant un primer episodi de crisi convulsiva en un nen, amb afectació del nivell de consciència, és necessari completar l'estudi amb ressonància magnètica cerebral per descartar aquesta patologia.

CORAL ABAD NAVARRO
NEUS MARTÍNEZ MARTÍNEZ
ANNA ISABEL PELLICER SANAHUJA

Contacte:
coralabad94@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7429

Darrere la trombosi. L'ecografia clínica programada com a eina diagnòstica

Àmbit del cas: atenció primària.

Dona de 40 anys que acudeix al seu centre d'atenció primària per a la realització d'ecografia osteomuscular programada de la cama esquerra.

La pacient explica dolor i aparició de massa a la cama esquerra (àrea corresponent al solí i gastrocnemius) que relaciona amb probable lesió per sobreexforç mentre jugava a pàdel 2 setmanes abans.

Com a antecedents personals destaquen tabaquisme actiu, ús d'anticonceptius orals fins feia 2 mesos per dismenorrea, asma al·lèrgica sense tractament actiu, disfàgia en estudi per otorrinolaringologia, ciatàlgia dreta per protrusió L5-S1 i quadre ansiós tractat amb citalopram 10 mg. Com a antecedent laboral cal esmentar que és cuinera.

A l'ecografia clínica destaca dilatació aneurismàtica de 3 cm de diàmetre a nivell popliti esquerra amb presència de trombus intern al llarg de vena poplità i la meitat superior de la vena tibial posterior. Davant d'aquestes troballes, es decideix derivar la pacient a urgències hospitalàries amb sospita de trombosis venosa profunda: cirurgia vascular confirma el diagnòstic.

La pacient inicia tractament amb enoxaparina sòdica 12.000 UI/24 h que posteriorment canvia a acenocumarol, analgèsia i l'ús de mitges compressives. Actualment segueix controls amb hematologia i amb el seu metge d'atenció primària.

Una bona anamnesi, la valoració d'antecedents i l'exploració física són claus per realitzar un bon diagnòstic diferencial a nivell ambulatori. La disponibilitat i accessibilitat, així com la rapidesa d'accés a mètodes d'exploració complementària, com ara l'ecografia clínica, per part de metges formats als centres d'atenció primària és una eina assistencial clau en el procés diagnòstic.

ANGELA SAMPEDRO ELVIRA

Contacte:
angela.sampedroelvira@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7431

Púrpura en atención primaria

Hombre de 80 años que acude por lesiones de 48 h de evolución en ambas extremidades inferiores, asintomáticas. En la exploración física, buen estado general, hemodinámicamente estable y saturación de oxígeno correcta, presenta lesiones papulosas violáceas palpables que no desaparecen a la dítipresión, distribuidas desde las rodillas hasta el dorso de los pies, antebrazos y dorso de las manos, entremezcladas con lesiones compatibles con dermatosis de estasis.

Niega haber realizado cambios en la medicación recientemente, niega disnea. No fiebre, no artromialgias, no síntomas urinarios, no otra sintomatología añadida.

Se realiza analítica general con función renal, hepática, hemograma, serologías, VSG, ANCA y ANA negativos y sedimento de orina, todas sin alteraciones.

Se realiza seguimiento del paciente con desaparición posterior de las lesiones.

Ante unas lesiones purpúricas en atención primaria debemos plantearnos, en primer lugar, un diagnóstico diferencial entre plaquetopenia en el caso de una púrpura no palpable y vasculitis leucocitoclásticas en una palpable. Las púrpuras palpables, como la de nuestro caso, son siempre de causa sistémica, causadas por una vasculitis o por una causa embólica en infecciones graves. Entre las vasculitis, la más frecuente es la leucocitoclástica, que suele ser secundaria a fármacos, enfermedades del colágeno o a causas infecciosas.

Por tanto, ante la clínica que presenta nuestro paciente, la ausencia de criterios de gravedad y de síntomas sistémicos acompañantes, nos orienta a la causa más frecuente de púrpura palpable, es decir, una vasculitis leucocitoclástica. Ante la normalidad de las pruebas complementarias, el tratamiento es el seguimiento clínico, ya que la mayoría de los casos remiten espontáneamente.

ANGÉLICA PAOLA MAIMONE FARIAS
MIREIA JORDÀ BELLO
MONTSERRAT CIURANA TEBÉ

Contacte:
paomaimone@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7432

Doctora, tinc espasmes a l'ull

Àmbit del cas: atenció primària + hospitalària.

Motiu de consulta: espasmes musculars.

Història clínica: dona de 55 anys, fumadora, intervinguda de fractura de braç dret l'any 1990 per tumor ossi benigne, autònoma, sense deteriorament cognitiu.

Anamnesi i exploració física: Consulta el novembre al seu centre d'atenció primària per espasmes a nivell periocular esquerra, dispnea i disàrtria. És derivada a urgències hospitalàries. Quan arriba es troba asimptomàtica. S'orienta com a quadre de crisi de pànic i es prescriu ansiolític. Al cap de 15 dies reconsulta per nou episodi amb espasmes d'ulls bilaterals, disàrtria persistent i pèrdua de força a l'hemicòs dret, que s'autolimita. Reconsulta per nova crisi a les poques setmanes. Sense quadre tòxic, ni clínica sistèmica concomitant. Conscient i orientada. Pupil·les isocòriques i normoreactives, facial dret, resta de parells cranials normals, afàsia d'expressió lleu, no de repetició ni de "nominació", no disàrtria ni dismetries, balanç muscular a les extremitats superiors 5/5, a la inferior esquerra 5/5 i dreta 4+/5, sensibilitat bilateral conservada, marxa estable sense augment de la base de sustentació.

Proves complementàries: analítica, radiografia de tòrax i electrocardiograma normals en les primeres visites. Davant la persistència de la clínica se sol·licita tomografia computada (TAC) cranial amb contrast: lesió nodular frontal esquerra, suggestiva de metastasis.

Evolució: s'orienta inicialment com a atacs de pànic vs. crisis d'angoixa, i és valorada per psiquiatria que li prescriu antidepressius i ansiolítics. Davant la persistència de la clínica i la repetició dels símptomes es realitza estudi amb TAC cranial. Davant de la troballa va ser derivada a unitat de diagnòstic ràpid de neurologia.

Diagnòstic diferencial: espasmes, convulsions, crisis de pànic, ansietat, síncope, accident cerebrovascular agut.

Orientació diagnòstica: Lesió nodular frontal esquerra.

Conclusions: davant d'una clínica repetitiva cal realitzar una valoració, amb entrevista i exploració completa i descartar sobretot les patologies més greus, sobretot amb lesions centrals. En pacients amb patologia psiquiàtrica la simptomatologia pot confondre.

ANGÉLICA PAOLA MAIMONE FARIAS
ANNA BENAVIDES BOIXADER
MONTSERRAT CIURANA TEBÉ

Contacte:
paomaimone@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7433

Doctora, tinc una contractura a l'esquena

Àmbit del cas: atenció primària + hospitalària.

Motiu de consulta: paraparèsia progressiva.

Història clínica: home de 51 anys, autònom, sense deteriorament cognitiu.

Anamnesi i exploració física: refereix lumbàlgia dreta de 6 mesos de característiques mecàniques, amb esforç físic, mentre treballava. Valorat el juliol 2021 per la mútua, orientat com a artrosi de maluc i escoliosi, amb empitjorament progressiu, debilitat i hipoestèsia a les extremitats inferiors, amb dificultat en la marxa i parestèsies dels dits de la mà dreta, amb pèrdua de força i lleu cervicobraquiàlgia dreta. Nega síndrome tòxica ni altra clínica associada.

No afàsia ni disàrtria. Camps visuals i parells cranials normals, parèsia distal de l'extremitat superior dreta 5-/5, Romberg amb lateralització esquerra. Marxa: arrossega cama esquerra i impotència per dolor a la regió engonal esquerra. Balanç motor: 5/5 a les extremitats superiors, psoes 5-/5 esquerra, ADD i ABD 5-/5, quàdriceps, gastrocnemius i flexor dorsal del peu 5/5, CPE 4+/5, extensor i MTS 5/5, RMT 2+/5 amb àrea reflexògena augmentada a l'extremitat inferior dreta, clonus dret. Hipoestèsia als dits de la mà dreta. Sensibilitat superficial conservada. Artrocínètica alterada a l'extremitat inferior esquerra, vibratòria conservada. Marxa punta/taló correcta, però el peu dret falla al peroneu. Babinsky + bilateral, clonus i Hofmann + al costat dret, mans amb sensibilitat i força conservades.

Proves complementàries: radiografia lumbosacra: pèrdua d'espai intervertebral a L4-5 i L5-S1, analítica i tomografia computada de crani normal, ressonància magnètica de columna: hèrnia discal c5-c6 per mielopatia cervical.

Evolució: s'orienta com a lumbàlgia de característiques mecàniques, però davant l'empitjorament i la clínica a les extremitats superiors, va ser derivat a l'hospital on es va objectivar lesió a la zona cervical. Es realitzà disectomia anterior C5-C6 i artròdesi.

Diagnòstic diferencial: malalties carencials, lesions traumàtiques o medul·lars (epidural), lesions cossos vertebrals (osteòfits, quists, metastasis).

Orientació diagnòstica: mielopatia cervical Nurick IV. Hèrnia discal C5-C6.

Conclusions: cal valorar en cas d'evolució tòrpida d'una lumbàlgia els signes clínics i els antecedents i realitzar una completa exploració física per sol·licitar les proves pertinents.

MARÍA JOSÉ PÉREZ LUCENA
DIANA CUJBA
VICTORIA MEDIALDEA VAN VEIJFEUKEN

Contacte:
cserraparera.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7435

L'esport no és innocu... Higroma o lipomatosi perineal del ciclista

Presentem el cas d'un home de 49 anys amb l'únic antecedent de la pràctica del ciclisme com a aficionat. Presenta tumoració nodular de 3-4 cm, a zona perineal esquerra, dolorosa, indurada, i que empitjorava quan feia esport, de mesos d'evolució.

En l'exploració, la consistència presenta a la zona d'inserció isquiotibial perineal esquerra tumoració de consistència gomosa, inflamatòria i dolorosa. Millora amb el repòs i amb el fred local.

Es va intervenir per exèresi de la lesió. Com a troballa intraoperatòria es va visualitzar una lesió no encapsulada, de consistència fibroelàstica. S'estenia en profunditat a la fosa isquiroctal dreta. Es va realitzar exèresi de la lesió. L'estudi anatomopatològic va indicar lesió subcutània perineal amb canvis compatibles amb una induració nodular perineal del ciclista.

El pacient va poder tornar a fer la pràctica del ciclisme 3 mesos després, i actualment es troba asimptomàtic.

Discussió: es considera que la malaltia nodular perineal del ciclista, també coneguda com a *higroma isquiàtic* o *tercer testicle* del ciclista, pot ser deguda a la compressió del teixit tou entre el seient i la tuberositat isquiàtica, així com per la fricció de la fàscia perineal contra les estructures òssies, per les vibracions del seient. El diagnòstic pot ser difícil si no es recull l'antecedent de la pràctica del ciclisme. El diagnòstic diferencial s'estableix amb quists i lipomes, o amb lesions agressives com l'angiomiexoma. El tractament és generalment quirúrgic, tot i que. Si no fos possible, es podria intentar un tractament conservador amb repòs i infiltracions d'esteroides o hialuronidasa.

És una entitat coneguda pels especialistes en medicina esportiva i pels ciclistes professionals o aficionats, però poc coneguda pels metges de família i fins i tot pels cirurgians, però que cada vegada s'observa més a la consulta i que genera un hàndicap important per al ciclista: li impedeix realitzar aquest esport.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SUSANNA MONTESINOS SANZ
LAURA NIETO MÁRQUEZ
MARIA ANTONIA AULADELL LLORENS

Contacte:
susannix2002@yahoo.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7437

Un cas de cervicàlgia crònica amb signes d'alarma

Àmbit del cas: multidisciplinari.

Motiu de consulta: home de 70 anys amb dolor cervical.

Història clínica: enfocament individual: sense al·lèrgies, tabaquisme, hipertensió arterial en tractament amb enalapril/hidroclorotiazida, artrosi cervical d'anys d'evolució. Sol·licita visita a domicili per pèrdua de força a les 4 extremitats i incapacitat per a la deambulació des de fa una setmana, acompanyades de pèrdua de pes de >10 kg i cervicàlgia en els últims 3 mesos. Havia consultat diverses vegades al centre d'atenció primària i a l'hospital per dolor: diagnosticat de cervicoartrosi. En l'exploració física destaca una disminució de la força dels membres superiors i inferiors, amb balanç muscular (dreta/esquerra): deltoïdes 4+/4+, bíceps 4+/4+, tríceps 4-/4-, flexor/extensor canell 4-/4-, flexor dits 4+/4+, extensor dits 3/4-, psoes 4-/4+, isquis 4-/4+, quàdriceps 4+/5, tibial anterior 2/4 i extensor del 1r dit 2/4. Amb diagnòstic inicial de cervicàlgia amb paraparèsia es deriva a l'hospital per a estudi. L'anàlisi destaca: hemoglobina 10,7 g/dl, leucòcits 1.600, plaquetes 110.000. Radiografia de tòrax normal. Radiografia cervical: signes d'espondiloartrosi. Ressonància magnètica cervical: lesió a les parts toves que engloba elements posteriors de la C4-D1, amb probable lisi d'elements posteriors de C6 i que forma una protuberància cap a l'espai epidural posterior i comprimeix la medul·la cap a cara anterior i esquerra amb estenosi de foràmens conjunció C6-C7, C7-D1. Alteració del senyal intramedul·lar suggestiva de mielopatia.

Judici clínic: lesió a la regió posterior de C4 a D1 amb compromís radicular en pacient amb síndrome tòxica i pancitopènia. Es planteja diagnòstic de plasmocitoma/limfoma. Biòpsia del moll de l'os: tricoleucèmia. Diagnòstic diferencial: espondilodiscitis infecciosa, tumor medul·lar o metastàtic, malaltia de Paget, hiperostosi anquilosant i síndrome de Klippel-Feil

Tractament i plans d'actuació: corticoides EV a dosis altes i quimioteràpia específica.

Conclusions: la cervicàlgia constitueix un motiu freqüent de consulta a l'atenció primària. Tot i que les causes més freqüents són les mecàniques i degeneratives, hem d'estar alerta davant d'una cervicàlgia amb signes d'alarma, perquè pot ser que hi hagi una malaltia greu subjacent.

ANDREA HERNÁNDEZ ESCÁMEZ
ANDREA CATALÁN MORALES

Contacte:
andrea.ahe.23@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7439

Doctor, des de la COVID-19, se'm posa la mà blanca

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

Motiu de consulta i malaltia actual: pacient que consulta per episodis de pal·lidesa cutània, amb disminució de la força, parestèsies i dolor intens a la mà esquerra de 10 dies d'evolució. Els episodis apareixen amb els moviments i l'activitat de l'extremitat superior esquerra i remeten espontàniament amb la inactivitat.

El pacient, COVID-19 positiu des de fa un mes, va ser donat d'alta fa dues setmanes per pneumònia COVID-19, en tractament amb levofloxacina, heparina i prednisona.

Història clínica: enfocament individual: antecedents: sense al·lèrgies conegudes. Fumador actiu, antecedents d'abús de cocaïna (també addicció a drogues per via parenteral) i alcohol.

Sense altres antecedents patològics ni quirúrgics d'interès.

Enfocament familiar: presenta bon suport familiar i viu al domicili propi amb la seva dona i els seus fills.

A l'arribada a la nostra consulta d'atenció primària, amb clínica suggestiva d'isquèmia al braç esquerre, compensada en el moment de la consulta, es deriva al servei d'urgències. Allà, es realitza estudi d'imatge amb tomografia computada de troncs supraaòrtics, que informa d'afinament humeral distal suboclusiu a l'alçada superior del colze, amb vasos distals prims.

Amb el diagnòstic d'isquèmia arterial aguda de l'extremitat superior esquerra, es decideix realitzar tromboembolèctomia transhumeral urgent mitjançant angioplastia.

El pacient presenta bona resposta i evolució, sense complicacions postoperatòries.

Conclusions: hem de tenir en compte els antecedents i el context clínic del pacient a l'hora d'establir un judici clínic. El pacient, amb diagnòstic i alta recent per pneumònia per coronavirus, en tractament amb heparina profilàctica, presentava símptomes i signes suggestius d'isquèmia de l'extremitat superior. Hem de pensar en les possibles complicacions que poden sorgir en el transcurs evolutiu de les malalties que presentin els nostres pacients per poder establir un diagnòstic i un tractament precoços.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
EVA MUÑOZ MATA
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

Contacte:
nataliamarrodriguez@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7440

Hiperparatina (PTH) en atención primaria

Mujer de 71 con hipertensión, dislipemia, diabetes *mellitus* de tipo 2, fibrilación auricular, hipertiroidismo subclínico farmacológico, hiperparatiroidismo (HP) secundario a déficit de vitamina D (vitD), poliartritis, fibromialgia y cavernoma intracraneal intervenido.

A raíz de un empeoramiento del dolor osteoarticular crónico multifactorial se realiza análisis de seguimiento en atención primaria (AP) y se objetiva persistencia de la hormona paratiroidea (PTH) elevada con déficit de vitD y calcio normal. Por gonalgia de características mixtas se detecta una condrocalcinosis. Por edad y factores de riesgo se le practica una densitometría que demuestra osteoporosis. Tras suplementación con colecalciferol, la vitD se normaliza, pero sigue la PTH elevada con calcio-fósforo en suero y orina normales. No presenta otras causas secundarias de elevación de PTH (fármacos, insuficiencia renal, etc.). Por ello, hay que descartar un HP primario. En cuanto a su diagnóstico diferencial, la primera entidad a descartar por su frecuencia es el adenoma de paratiroides. Es necesaria la derivación a otro nivel asistencial donde se confirma, con la realización de gammagrafía y ecografía.

Consideramos que este caso es aplicable en AP, ya que el HP es un trastorno frecuente, aunque quizás infradiagnosticado. En nuestro caso, tras replantearnos el diagnóstico y después de más de 1 año de nuevo seguimiento, se detecta la presencia de un adenoma. Presentaba previamente dolor osteomuscular, astenia y episodios de dolor abdominal recurrente que se habían atribuido a otras causas. Con frecuencia la comorbilidad de los pacientes dificulta el diagnóstico. Nos planteamos si la petición de la PTH para detectar HP sería una práctica recomendable dentro de nuestra práctica clínica habitual y si los criterios de derivación a otros niveles son adecuados y ágiles. El retraso diagnóstico de dicha entidad contribuiría a la aparición de manifestaciones secundarias evitables.

SILVIA RIFA TERRICABRAS
PILAR FONT ROURA

Contacte:
silviarifaterra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7441

Posant en pràctica el pla formatiu del resident de primer any de medicina familiar i comunitària durant la rotació a atenció primària

Objectius de l'experiència: planificar i establir els objectius de la rotació per atenció primària d'acord amb el pla formatiu i els interessos del resident de forma conjunta tutora-resident.

Descripció de l'experiència: durant el primer mes de residència ens vam plantejar conjuntament, tutora i resident, quins objectius es volien assolir durant la rotació a atenció primària. En fer-ho ens vam adonar que no hi havia un contingut teòric especificat i detallat propi de la rotació a atenció primària.

Ens vam marcar com a objectiu principal aprofundir en els factors de risc cardiovasculars (diabetis, hipertensió arterial i dislipèmia). El principal motiu d'aquesta decisió va ser la recurrència amb què es presenten en la consulta i, en segon lloc, que no s'hi aprofundeix específicament al rotar per altres especialitats. Com a objectius secundaris: aprenentatge d'ecografia clínica bàsica i iniciació a la recerca. Seguidament, vam crear un cronograma dels 5 mesos de rotació i vam detallar les activitats per tal d'aconseguir cadascun dels objectius. Per exemple, per aprofundir en l'estudi de la diabetis ens vam proposar: estudiar el protocol d'atenció al pacient diabètic i aplicar-lo a partir de casos de la consulta, fer una taula resum amb els fàrmacs anti-diabètics orals, realitzar el curs SEMFiC d'insulinització en atenció primària i preparar una presentació d'insulinització. Durant la rotació vam fer avaluació dels objectius amb casos-problema.

Conclusions: detallar les activitats basades en el pla formatiu i els interessos del resident i planificar-les de forma conjunta fa que es puguin assolir els objectius marcats amb una millor organització i satisfacció de tutora i resident.

Aplicabilitat: tutors i residents de primer any de medicina familiar i comunitària durant la rotació a atenció primària.

PAULA VILLACORTA GALINDO
JOSEFINA FILOMENA PACI

Contacte:
pvillacortag@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7442

¿Qué puede esconderse tras una diplopía?

Paciente masculino de 46 años. Cocinero. Migraña en tratamiento con toxina botulínica y seguimiento por neurología desde 2019. Presbicia. Hernia inguinal intervenida en 2020 y apendicetomía en 2001.

Consulta por alteraciones visuales de 2 años de evolución. Explica que en 2019 se inició visión borrosa que empeoraba tras sobrecarga laboral y mejoraba tras las vacaciones. Al retomar su actividad laboral presentó nuevamente molestias oculares, que asoció a su migraña habitual y a horarios laborales extensos. Consultó con un médico de atención primaria de nuestro centro y se orientó como vista cansada. Tras volver de las vacaciones empeoró su migraña habitual y también sus molestias visuales, llegando a tener incluso diplopía, por lo que acudió a su médico de familia.

En la visita, el paciente refiere que está asintomático, no presenta diplopía ni ptosis evidente en la exploración física.

Se orientó como aura migrañosa versus efectos secundarios de toxina botulínica versus miastenia *gravis*.

Dado que hacía seguimiento en neurología se le recomienda que lo comente en su próxima visita y se derivó a oftalmología de forma preferente.

Unas semanas después, el paciente presentó empeoramiento del cuadro, por lo que acudió a urgencias de oftalmología y fue derivado a neurooftalmología. En la visita de neurooftalmología, el paciente explicó empeoramiento de la diplopía y, además, ptosis palpebral izquierda. Ante estos hallazgos y anticuerpos anti-Rach y anti-Musk positivos, se diagnosticó miastenia *gravis* y se remitió al paciente a neuroinmunología. Actualmente en tratamiento con piridostigmina y controles en neurología.

Conclusiones: la miastenia *gravis* es una enfermedad autoinmune caracterizada por la debilidad muscular. Suele aparecer tras esfuerzos prolongados y mejora tras el reposo. Los primeros signos y síntomas pueden ser a nivel ocular, por lo que es importante tener presente esta enfermedad como diagnóstico diferencial ante consultas oftalmológicas en atención primaria.

SÍLVIA RIFA TERRICABRAS
PILAR FONT ROURA
SÍLVIA BAUTISTA RODRÍGUEZ

Contacte:
silviarifaterra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7444

Síndrome cardiorenal en el pacient fràgil. Tot un repte per al metge de família

Àmbit del cas: atenció primària-atenció domiciliària.

Motius de consulta: dispnea progressiva, palpitations.

Història clínica: home de 82 anys. Antecedents: hipertensió arterial, diabètic de tipus 2 i dislipèmia.

Portador de pròtesi valvular mecànica per insuficiència mitral greu. Insuficiència cardíaca per miocardiopatia dilatada. Fibril·lació auricular permanent. Implantació de marcapàs tricameral resincronitzador per síndrome bradicàrdia-taquicàrdia.

Exploracions complementàries al final de malaltia: anèmia normocítica, glucosa 120 mg/dl, colesterol total 90 mg/dl, FG 14 ml/min, pro-BNP 4.246, colèstasi i hipoalbuminèmia.

Ecocardiograma: funció sistòlica FEVI 27%, insuficiència tricúspide greu. Resonància magnètica cardíaca: miocardiopatia dilatada amb fibrosi miocàrdica no isquèmica. Viu amb la seva esposa de 80 anys que és la cuidadora principal. Té dos fills que donen bon suport familiar.

El 2015 inicia davallada progressiva de la funció miocàrdica amb classe funcional IV i en paral·lel s'instaura una insuficiència renal terminal i es diagnostica definitivament una síndrome cardiorenal de tipus II.

Els símptomes congestius es converteixen en permanents en el darrer any de vida, amb múltiples descompensacions amb anasarca. S'administra tractament diürètic endovenós d'alta intensitat sense obtenir resposta satisfactòria. El pacient és totalment dependent i, juntament amb la família, havia expressat la voluntat de romandre al domicili en situació d'últims dies. Es realitza sedació pal·liativa acompanyats per l'equip d'atenció domiciliària.

Conclusiones: aquest cas és paradigmàtic perquè obliga a una valoració multidimensional del pacient amb la intervenció de la unitat d'insuficiència cardíaca, infermera gestora, equip d'atenció primària i d'atenció pal·liativa. La complexitat en el maneig de la síndrome cardiorenal és un vertader trencaclosques. El pronòstic vital empitjora de forma significativa. Es va acordar un pla de cures que prioritza tractaments simptomàtics amb abstenció de mesures agressives i s'indicà la desprescripció de fàrmacs. És indispensable oferir suport psicosocial a la família.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GISELA REYES GALLARDO
SONIA CASTRO LÓPEZ
ANNA COSTA VIUDEZ

Contacte:
greyes.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7446

Sarcoïdosi pulmonar, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària i medicina Interna.

Motiu de consulta: astènia, sensació distèrmica, sudoració nocturna i pèrdua de pes.

Història clínica:

Enfocament Individual: antecedents Personals: fumador. Anamnesi: pacient de 40 anys amb astènia de 3 mesos d'evolució amb pèrdua de 6,8 kg aquest últim mes. Sensació distèrmica, sudoració nocturna i cefalea. Tos matutina. No refereix viatges recents, tuberculosi o relacions sexuals de risc. Exploració Física: bon estat general. Auscultacions cardíaca i respiratòria: normals. No adenopaties generalitzades.

Proves complementàries: analítica: hemoglobina 10,3 g/dl, Hto 31,4%. VSG 40 mm, PCR 12,67. TSH: normal. Mantoux: negatiu. Radiografia de tòrax: eixamplament mediastínic, amb augment hilar dret. Patró reticulonodular. Tomografia computada de tòrax: múltiples adenopaties mediastíniques i hilars que formen conglomerats adenopàtics amb calcificacions. Parènquima pulmonar amb tractes fibrocicatricials de predomini als lòbuls superiors i petits granulomes calcificats.

Enfocament familiar i comunitari: baix nivell socioeconòmic, divorciat.

Judici clínic: sarcoïdosi pulmonar.

Diagnòstic diferencial: procés limfoproliferatiu, tuberculosi pulmonar, histoplasmosi.

Tractament: davant la sospita d'una malaltia sistèmica, es deriva el pacient a medicina interna. Es realitzen proves específiques que confirmen el diagnòstic de sarcoïdosi pulmonar en estadi IV i s'inicia tractament amb prednisona 30 mg c/12 hores durant un mes i mig.

Evolució: es realitza una tomografia computada de control després d'1 any, sense evidència d'adenopaties hiliomedias-tíniques. La distribució broncovascular és d'aspecte normal. Es manté asimptomàtic, amb lleu dispnea d'esforç.

Conclusions: la sarcoïdosi és una malaltia multisistèmica d'etiologia no filiada que es caracteritza per un augment de la resposta immune amb inflamació granulomatosa.

Davant la variabilitat clínica de la presentació d'aquesta patologia, el seu diagnòstic per al metge de família pot representar un repte, ja que en etapes inicials pot passar desapercebuda i amb facilitat pot no pensar-s'hi. Creiem que és fonamental la realització d'una correcta història clínica, així com la revisió del context clínic del pacient.

MARINA PÉREZ GUILLAUMES

Contacte:
pguillaumes@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7447

Malaltia de Creutzfeldt-Jakob

Home de 79 anys que consulta per moviments estranys a la cama esquerra de 15 dies d'evolució, de tipus repetitiu i que s'iniciaven de forma espontània, amb sensació de pesadesa de la cama ipsilateral i desconexió de l'entorn de pocs segons.

En l'exploració inicial destacava debilitat de la cama esquerra 4/5 i rigidesa, reflexes musculotendinosos vius a les extremitats inferiors i moviments repetitius de flexoextensió a la cama esquerra, canviants, que apareixien sobretot en estimular el reflex. Aleshores, el pacient es trobava conscient i orientat.

Es van realitzar analítiques, serologies, radiografies lumbars, electroencefalograma, ressonància magnètica (RMN) lumbar, i tomografia computada (TAC) cranial que no explicaven la clínica del pacient.

Al realitzar l'electromiograma evidenciava denervació dels bessons i fasciculacions del primer interossi esquerre, a més, a l'estudi neuropsicològic es demostrava dificultat en l'aprenentatge de nova informació i alentiment cognitiu.

Tenint en compte l'evolució progressiva de la patologia, es van realitzar noves proves, com RMN cerebral que mostrava focus cortical d'hipersenyals frontal i parietal esquerres, registre acceleromètric amb mioclònies positives d'acció i a l'estímul tàctil, amb propagació caudorostral, punció lumbar amb detecció de proteïna 14-3-3 negativa i detecció d'anticossos CASPR2, que va ser negatiu.

Es va pensar en algun trastorn metabòlic, alguna encefalopatia, degeneració dels ganglis basals, etc., però en aquest cas es va tractar de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob.

El nostre pacient va tenir una evolució molt ràpida, amb un discurs progressivament menys fluid, augment de l'atàxia, l'espasticitat i les mioclònies. Van aparèixer, fins i tot, mioclònies davant d'estímuls auditius i es va fer bilaterals. També va presentar una demència ràpidament progressiva.

Finalment va morir a casa seva, acompanyat dels seus, poc més d'1 mes després de l'inici dels símptomes.

M'agradaria ressaltar la importància de la investigació en diverses patologies. Si es donen a conèixer, es desperta l'interès. Invertim en sanitat i investigació que són els pilars per obtenir una població sana.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M^a TERESA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
LEYRE MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MIREIA AYMAMI MARTÍNEZ

Contacte:
mhernandez@xarxatecla.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7448

¿Debut diabético a los 76 años?

Paciente de 76 años con antecedentes de obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión arterial. Sin antecedentes personales ni familiares de diabetes *mellitus*.

A raíz de malestar general con polidipsia y poliuria se hace determinación de glucemia en domicilio, que luego se confirma en hospital, con valor de 449 mg/dl, con una hemoglobina glicosilada de 10,3%. Se le inicia metformina y se remite a su médico de familia.

En la visita para explicar a la paciente la situación y la necesidad de iniciar el tratamiento con insulina, se constata en la exploración física un deterioro de su estado general con dificultad para deambular y bradipsiquia, aumento de peso con cara de luna llena, sequedad de piel y aumento de hirsutismo. Dada la sospecha de un debut diabético y síndrome de Cushing se remite a endocrinólogo.

Ya en el ámbito hospitalario, se solicita tomografía computarizada abdominal: presencia de lesión suprarrenal izquierda sugestiva de patología infiltrativa/carcinoma suprarrenal. Resonancia magnética de hipófisis con microadenoma derecho 4 mm x 5 mm x 5 mm.

En analíticas hospitalarias: test de supresión con dexametasona a dosis bajas de 50,14 ug/dl (normalidad <5 ug/dl); patrón sugestivo de hiperparatiroidismo primario: calcio 11,3, albúmina 4,3, fosfato 2, PTH 200, vitamina D 9; test de dexametasona-CRH: cortisol basal 46,85; 15 min 57,48, 30 min 60,71, 45 min 60,29, 60 min 58,33; 90 min 58,15. Ascenso superior al 20% tras el estímulo.

Se diagnostica síndrome de Cushing dependiente de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), adenoma hipofisario, hiperparatiroidismo primario, diabetes *mellitus* de tipo 2.

A la espera de completar el estudio se inicia insulina ultralenta a dosis de 0,1-0,2 mg/kg.

Ante una paciente de edad avanzada sin antecedentes de diabetes, que comienza un aumento súbito de la glucemia, debemos descartar que sea secundario a causas endocrinas como: acromegalia, síndrome de Cushing, feocromocitoma, aldosteronismo primario, glucagonoma, hipertiroidismo e hiperparatiroidismo.

MARÍA LUISA MESAS GARCÍA
JORGE ALONSO ARNAL
MARISA RODRÍGUEZ MARTÍN

Contacte:
maisamesas@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7449

Dolor toràctic recurrent

Àmbit del cas: atenció primària, atenció hospitalària.

Motius de consulta: episodis d'opressió toràctica nocturna i disfàgia progressiva.

Història clínica: enfocament individual: pacient de 39 anys que consulta per primera vegada el 2017 en relació amb episodis cada vegada més freqüents d'opressió toràctica, iniciats de manera centrotoràctica, irradiats cap a zona del coll i descrits com a calor i cremor. Refereix millora amb la incorporació del llit, amb una duració de pocs minuts, cedint de manera espontània. Exploració física normal, hi destaca pèrdua de pes en els últims mesos. Es realitza electrocardiograma a la consulta que resulta normal i s'orienta com a dolor toràctic d'origen digestiu. Es completa estudi amb TGED amb resultat normal. FGS al novembre de 2020, normal i amb biòpsies que descarten malignitat. Finalment, davant la presència de disfàgia progressiva iniciada el novembre 2020, es realitza manometria, amb un resultat de patró hiperpressiu obstructiu suggestiu d'acalàsia de tipus II.

Judici clínic, diagnòstic diferencial: s'ha de realitzar diagnòstic diferencial entre les possibles causes de dolor toràctic. Respecte a la disfàgia s'ha de diferenciar entre la d'origen orofaríngi (causa neoplàsica, estenosi, accident vascular cerebral, Parkinson, esclerosi lateral amiotròfica...) i esofàgic (malalties de la mucosa, malalties mediastíniques i trastorns motors, com l'acalàsia).

Tractament i plans d'actuació: tractament amb injeccions de toxina botulínica (per relaxar la musculatura de l'esòfag), tractament farmacològic amb nitrats d'acció prolongada o bloquejadors del canal del calci (sempre que es toli correctament, o cirurgia (miotomia o dilatació esofàgica).

Evolució: va iniciar tractament amb nifedipina, amb mala tolerància i va haver de deixar-lo. Finalment es va realitzar PEOM (miotomia esofàgica peroral).

Conclusions: necessitat de fer un bon diagnòstic del dolor toràctic amb causes no cardíaques.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRENE VERA MORENO
CAROLINA ALLEGRA WAGNER
IVAN ARRUFAT MARTÍN

Contacte:
irene.vera0@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7452

Un cas de neoplàsia cerebral hereditària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: vòmits persistents.

Història clínica: enfocament individual: home de 45 anys sense al·lèrgies conegudes o antecedents a destacar. Consulta per vòmits de 3-4 setmanes d'evolució, 2-3 episodis diaris postprandials, sense productes patològics i de predomini matutí. Sense viatges previs. Múltiples consultes prèvies a urgències. Associa epigastràlgia intensa, cefalea, debilitat generalitzada, marejos i pèrdua de 10 kg.

Exploració física cardiorespiratòria sense alteracions, a nivell abdominal destaca dolor a la palpació de l'epigastri amb defensa.

Es realitzen anàlítica completa, radiografies d'abdomen i tòrax, determinació d'*Helicobacter pylori* i gastroscòpia. Únicament destaca lleu poliglobúlia i lesió gàstrica polipoide inespecífica.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: diagnòstic diferencial: síndrome vertiginosa, neoplàsia gàstrica, gastritis, neoplàsia cerebral, hidrocefàlia. Certa barrera idiomàtica.

Tractament i plans d'actuació: tractament simptomàtic amb persistència de vòmits i inestabilitat.

Evolució: a visita de seguiment per a resultats i revaloració destaca augment de la base de sustentació i impossibilitat de marxa punta-taló, pel que se sol·licita tomografia computada cranial que mostra gran tumoració a la meitat inferior de l'hemisferi cerebel·lós dret amb hidrocefàlia supratentorial.

Es remet a unitat de diagnòstic ràpid hospitalària a través de la gestora de casos. És valorat pels serveis d'oncologia i neurocirurgia, arribant al diagnòstic d'hemangioblastoma cerebel·lós, i s'intervé sense complicacions. En estudi d'extensió s'objectiva tumor renal esquerre. És valorat per urologia, i es confirma el diagnòstic de malaltia de Von Hippel-Lindau.

Conclusions: la longitudinalitat i la presencialitat permeten una atenció adaptada a les necessitats dels pacients i evita la realització de proves i tractaments redundants.

Considerar múltiples reconsultes pel mateix motiu com a signe d'alarma.

La coordinació des d'atenció primària amb els diversos recursos assistencials ha permès un diagnòstic, maneig i tractament amb la rapidesa que era requerida.

El fet de tenir com a pacients famílies sencers facilita el cribatge i seguiment de malalties rares o hereditàries.

PEPA BERTRAN CULLA
MERCÈ CERVANTES GIBERT
ANNA CAMPABADAL AGUT
VERONICA VÉLEZ DELGADO

Contacte:
pepabertran@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7453

Ruta assistencial d'atenció al pacient amb complexitat de la unitat territorial d'atenció a la cronicitat i complexitat

Objectius de l'experiència: dissenyar un pacte entre proveïdors i els professionals que atenen els pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA) per millorar la qualitat de l'atenció i mantenir el màxim de temps possible la persona en el seu entorn comunitari o domiciliari amb la millor qualitat de vida possible.

Descripció de l'experiència: en aquest moment no es disposa de guia de pràctica clínica (GPC) per a l'atenció dels PCC i MACA. L'atenció s'integra dins el marc de les GPC i rutes assistencials del territori. En l'elaboració de la ruta es contempla el document publicat el febrer 2020 *Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)*, que descriu tots els dispositius assistencials del territori i com ens coordinem des de la nostra unitat territorial d'atenció a la cronicitat i complexitat (UTACC) en l'atenció dels pacients davant d'una situació amb intensificació dels símptomes de les malalties predominants. L'equip d'atenció primària (EAP) pot necessitar suport per intentar evitar l'evolució a l'agudització o descompensació. En aquests casos pot ser necessària la valoració o intervenció i seguiment de la UTACC, i valorar la necessitat d'activació dels recursos hospitalaris, sociosanitaris i d'atenció continuada d'urgències. En els últims anys hem incorporat al nostre territori dispositius assistencials a nivell hospitalari i sociosanitari i des de la UTACC hem ampliat la nostra cartera de serveis ampliant competències com a equip de suport i coordinació.

Conclusions: mitjançant aquesta ruta assistencial dels PCC i MACA estem millorant la nostra organització interna i l'atenció en la complexitat.

Aplicabilitat: aquesta ruta ens facilita la nostra organització territorial interna, ens dona les pautes de coordinació en l'atenció continuada dels PCC i MACA els 365 dies de l'any.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ELENA MILEGO GIL
ALBA GARCÍA ZAERA
LUCÍA ALEJANDRA MANNING SORIA-GALVARRO

Contacte:
elenamilego@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7454

El extraño que habita en mí

Ámbito: atención primaria.

Motivos de consulta: mujer de 29 años que acude por dolor abdominal difuso de 6 meses de evolución con déficit de cobalaminas y anemia ferropénica.

Antecedentes: natural de Pakistán, 9 años en España. Sin antecedentes, medicación habitual o alergias conocidas.

Anamnesis: dolor abdominal crónico difuso, sin vómitos ni diarreas, episodios de estreñimiento. Niega sangrados digestivos, menorragia o fiebre. No síndrome constitucional.

Exploración: abdomen sin masas ni visceromegalias, dolor difuso en hipogastrio.

Pruebas complementarias: analíticamente con hemoglobina 9,4 g/dl, ferritina 4 ng/ml, cobalamina 97 pg/ml. Ecografía abdominal y fibrocolonoscopia normales. Gastroscoopia con gastritis crónica leve en biopsia.

Enfoque familiar: último viaje a su país en 2016 (Punjab, zona rural).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: ante una paciente joven sin antecedentes, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal pensamos en causas funcionales: síndrome del intestino irritable (SII), endometriosis, parasitosis... Y de la anemia carencial en la menstruación, sangrados digestivos, anemia perniciosa, ingesta inadecuada, gastritis atrófica, parasitosis intestinal...

Plan: se derivó a digestivo y hematología para iniciar tratamiento sustitutivo con hierro endovenoso y vitamina B12 intramuscular sin mejoría de los déficits. Se orientó como un SII por lo que se pautó linaclotida y se dio el alta.

Evolución: al mes, la paciente acudió a urgencias del centro de atención primaria por la expulsión de un gusano vivo por la boca tras toser. Se derivó a medicina tropical donde se diagnosticó una parasitosis por *Ascaris lumbricoides*.

Conclusiones: se estima que los parásitos intestinales infectan más de 2.000 millones de personas mundialmente, predominando en niños. Deberíamos sospechar parasitosis en los pacientes que hayan realizado viajes internacionales, inmigrantes de países en vías de desarrollo o cuando realizan visitas a sus familiares. Se tiene que proponer un estudio coproparasitológico ante diarreas, dolores abdominales de larga evolución o anemias carenciales que no reponen depósitos con tratamientos específicos.

MARÍA DE LOS ÁNGELES RAMÍREZ BLANCO
ELENA JUSTRIBÓ SÁNCHEZ
JAVIER GARCÍA ASTORGA

Contacte:
m.a.ramirezblanco@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7455

Miocarditis secundaria a vacuna por SARS-CoV-2

Hombre de 22 años sin alergias medicamentosas y sin antecedentes de interés. Destaca antecedente familiar de padre fallecido por infarto agudo de miocardio a los 50 años. Acude al servicio de urgencias de atención primaria por dolor torácico. Vacunación de la COVID-19 3.a dosis de Moderna hace 7 días (9/2/2022).

El paciente refiere dolor torácico súbito con irradiación a la mandíbula, que le despierta sobre las 7 h sin vegetatismo ni otra clínica asociada y no mejora con ibuprofeno en domicilio. Niega consumo de tóxicos. A la llegada a urgencias persiste el dolor, aunque con escala de valoración analógica (EVA) de 5/10, hemodinámicamente estable, con TA 144/76 mmHg, FC 91 lpm, temperatura 35,6 °C, SatO₂ 98%. Buen estado general. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos audibles. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 91 lpm, PR corto, QRS estrecho, con infradesnivelación ST II-III- aVF y de V3-V6.

Troponina cuantitativa: 117 mcg/ml (>50 mcg/ml).

Dímeros D cuantitativos: 0'67 mcg/dl (>0'50 mcg/ml).

Test rápido de antígenos para COVID-19: negativo.

Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.

Realizamos diagnóstico diferencial de dolor torácico con las siguientes alternativas: síndrome coronario agudo, aneurisma, tromboembolismo pulmonar y neumotórax. Ante la sospecha principal de síndrome coronario agudo sin elevación del ST se activa el servicio de emergencias para derivación urgente al hospital de referencia para valoración por cardiología.

En urgencias se repiten pruebas complementarias con normalización del electrocardiograma y elevación de marcadores de necrosis miocárdica de 1.310,80 pg/ml (>25 pg/ml). Se realiza interconsulta a cardiología, que valora al paciente y realiza ecografía transtorácica que muestra FEVI normal sin alteraciones de la contractilidad. Dados los antecedentes recientes de vacunación, la clínica y las pruebas complementarias se orienta el caso como miopericarditis secundaria a 3.a dosis de la vacuna para SARS-CoV-2 y se cursa ingreso en cardiología para tratamiento, estudio y control evolutivo.

ALEJANDRO ALVARADO SAGUE
MARTA BATALLE CAMINAL
CINTA ELVIRA ESTRADA ALIFONSO

Contacte:
alexalvaradosague@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7457

Intoxicació aguda?

Àmbit: serveis d'urgències.

Motiu de consulta: alteració del comportament.

Història clínica: pacient de 69 anys sense al·lèrgies conegudes, sense factors de risc cardiovascular ni altres patologies conegudes, amb antecedent de politoxicomania amb consum diari de cocaïna i consum enòlic elevat amb un episodi d'hemorràgia digestiva alta per ulcus gàstric Forrest IIa el 2020.

És portat a urgències pels serveis d'emergència, acompanyat pel seu nebot, per alteració del comportament, aparentment secundària a consum de cocaïna i alcohol en quantitats abundants. El familiar explica que el pacient presenta alteracions del comportament a diari amb caigudes freqüents. Ni pacient ni familiars refereixen cap altra simptomatologia.

A l'exploració física, de difícil realització donat l'estat basal del pacient, destaquen:

- Alteració conductual compatible amb intoxicació enòlica. Males condicions higièniques.
- Exploració per aparells: no s'observa cap troballa significativa

Proves complementàries:

- Anàlisi de sang: sense troballes significatives.
- Radiografia de tòrax: massa a camp pulmonar esquerra no present en estudis previs.

Se sol·licita tomografia computada de crani que evidencia dues lesions de 2 cm i 5 cm que produeixen edema i desplaçament de línia mitjana.

Enfocament familiar: pacient jubilat, solter, viu sol en una casa en condicions d'insalubritat. Probable síndrome de Diògenes.

Diagnòstic diferencial: intoxicació, síndrome confusional secundària a procés infecciós, síndrome confusional secundària a procés al sistema nerviós central (SNC).

Orientació diagnòstica: alteració conductual secundària a metastasi a l'SNC per probable neoplàsia pulmonar.

Tractament: es va ingressar el pacient per completar estudi etiològic.

Evolució: donat el diagnòstic de neoplàsia pulmonar amb metastasi cerebral es va decidir tractament simptomàtic pal·liatiu.

Conclusions: És important descartar patologia orgànica davant d'alteracions del comportament, encara que sembli que existeixi una justificació raonable. I és necessari conèixer els pacients i les condicions en què viuen, i fer un seguiment més estret en aquells que són més vulnerables.

PEDRO APARICIO RUIZ DE CASTAÑEDA
CARLA AMORÓS TORNÉ
MARIA ASTUDILLO SEGURA

Contacte:
pedroaparicio@comg.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7458

No vull anar a l'hospital.

Tractament domiciliari del cancer cutani no melanoma

Àmbit del cas: atenció domiciliària dintre de l'àmbit rural.

Motiu de consulta: aparició de tumoració nasopalpebral esquerra de 30 mm x 35 mm i ràpid creixement.

Història clínica: pacient de vuitanta-nou anys inclosa en programa d'atenció domiciliària, ja que no surt "fa anys" del domicili per problemes de mobilitat i agorafòbia. Pateix d'asma, hipertensió i coxartrosi. Pacient i família rebutgen derivacions hospitalàries i consulten el dispensari rural la possibilitat de tractament a domicili d'acord amb el pla d'intervenció individualitzat i compartit del pacient.

Davant una tumoració cutània de ràpid creixement i amb la sospita de carcinoma espinocel·lular (CEC) vs. queratoacantoma es practica *punch* de la lesió amb resultat de CEC diferenciat bé o moderadament.

Tractament: es planteja al servei de dermatologia telemàticament la possibilitat de fer tractament local sense desplaçament al quiròfan hospitalari. Es proposa tractament amb 5-fluorouracil (5-FU) intralesional (el proporciona l'hospital de referència) amb posterior exèresi a domicili.

Evolució: es fa seguiment 2 setmanes després, amb reducció i resolució significativa de la lesió. Al cap de 4 setmanes es practica curetatge de la lesió al domicili de la pacient (amb el bisturi elèctric) sense complicacions ni sagnat. Actualment, al cap de 12 mesos, la pacient continua lliure de recidiva i asintomàtica.

Conclusions: davant les característiques demogràfiques d'una població cada vegada més i més envellida, en especial a les zones rurals, les alternatives a l'ingrés hospitalari prenen més protagonisme. La injecció intralesional de 5-FU en el càncer cutani no melanoma és una alternativa econòmica, fàcil i segura per a l'abordatge terapèutic d'aquests tumors en pacients que rebutgen la cirurgia o quan aquesta no és possible. Per poder respectar les decisions del pacient cal conèixer aquesta alternativa i enfortir el lligam amb els serveis hospitalaris de referència per al subministrament del fàrmac i la supervisió a distància del cas.

ENCARNACIÓN DÍAZ CLEMENTE-MORENO

Contacte:

portajera@gmail.com

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC_7460

Síndrome de Wellens, una síndrome coronària aguda diferent

Àmbit del cas: servei d'urgències.

Motiu de la consulta: dolor toràcic.

Home de 53 anys que acut a urgències al centre d'atenció primària referint dolor toràcic relacionat amb esforç físic a domicili. Refereix sensació d'opressió retroesternal amb irradiació intensa a l'extremitat superior esquerra, mantinguda en repòs. No presenta antecedents personals d'interès. Té història familiar de cardiopatia isquèmica precoç.

Inicialment es realitza electrocardiograma que mostra ritme sinusal i ondes T hiperpicudes amb supradesnivellació d'ST a la cara anterolateral V2-V5-aVL amb descens especular a cara inferior. S'activa codi d'infart agut de miocardi (IAM) i es deriva a urgències hospitalàries. El pacient arriba asimptomàtic, hemodinàmicament estable i amb exploració física anodina. Es realitza un nou electrocardiograma on es visualitzen les alteracions descrites prèviament i es decideix realitzar coronariografia, que mostra una lesió greu del 70% en descendent anterior proximal-mitjana. S'orienta com a IAM anterolateral Killip I. Es realitza angioplàstia amb implantació d'stent farmacoeactiu amb bon resultat. Es trasllada al pacient a semiintensius amb analítica normal, excepte per mobilització de marcadors de necrosi 124,6-904,8-858,7 (ng/L).

Després de 48 h el pacient és traslladat a cardiologia. Continua asimptomàtic, sense nous episodis de dolor anginosos ni signes d'insuficiència cardíaca. El control amb electrocardiograma mostra ondes T negatives profundes en derivacions precordials sense necrosi, suggestives de síndrome de Wellens. Es realitza ecocardiograma que mostra fracció d'ejecció del ventricle esquerre del 56% amb mínim grau d'hipocinèsia de segments mitjà i apical de cara anterior i del sept, amb insuficiència mitral lleugera. Donada la bona evolució del pacient, es decideix l'alta a domicili amb doble antiagregació durant 12 mesos, amb controls per cardiologia i rehabilitació cardíaca.

La baixa incidència i la presentació amb signes poc específics fan que la síndrome de Wellens sigui un repte diagnòstic. En casos d'IAM es torna rellevant detectar la presència d'ondes T negatives profundes a l'electrocardiograma de pacients asimptomàtics.

SARA BARRIOS OROZCO

CLAUDIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

MARIA EUGENIA BUIL ARASANZ

Contacte:

sarabarriosorozco@gmail.com

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC_7461

Lesions isquemiconecròtiques digitals a les mans com a única manifestació de la infecció per COVID-19

Home de 75 anys, fumador, amb antecedents de limfoma marginal mantoespènic i hiperplàsia benigna de pròstata. Tractament: tamsulosina-dutasterida.

L'octubre de 2020 va presentar a la zona distal dels dits 2n, 3r i 4t de les mans lesió blava, freda, necròtica, alguna ulcerada, amb dolor i falta de sensibilitat. No febre ni símptomes respiratoris i 5 dies d'evolució.

Exploració: lesions dels dits de les mans i hemorràgies en estella a les ungles. Bon estat general, auscultació cardiorespiratòria normal, sense bufos, polsos radials normals, sense lesions cutànies als peus.

Orientació diagnòstica: lesions isquemiconecròtiques. Es deriva a urgències. Es va diagnosticar síndrome dels dits blaus, angio-tomografia computada toracoabdominal normal; es va iniciar tractament amb heparina a dosis terapèutiques i es va programar ingrés per a tractament amb prostaglandines endovenoses. Es realitzà PCR nasofaríngia de SARS-CoV-2: la primera fou indeterminada. La segona fou positiva (7è dia des de l'inici dels símptomes). A l'anàlisi sanguínia destaca limfocitosi i immunoglobulines lleument baixes (estable, en el context del seu limfoma), sent la resta normal (coagulació, dímer D, funció renal i hepàtica, marcadors d'inflamació, anticòs lúpic, ANA, anti-ADN, anti-SM, factor reumatoide, anticossos anti-ENA, anticitrul·linats, SSA, SSB, Ro, RNP, anti-SCL 70, anticentròmer, anticardiolipina, ANCA, antitransglutaminasa y serologies de VIH, hepatitis B i C, i lues).

Al cap de 4 mesos, les lesions es van curar i actualment es manté asimptomàtic.

Conclusió: la infecció per COVID-19 és multisistèmica. S'han descrit manifestacions cutànies molt variades associades a la infecció per COVID-19, entre elles les lesions acralis isquèmiques per afectació de la microcirculació, com les del nostre pacient. En el nostre cas, destaca la gravetat de les lesions cutànies, amb necrosi fins i tot, en un pacient sense altres símptomes i sense clínica respiratòria.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SARA BARRIOS OROZCO
CLAUDIA RODRIGUEZ SÁNCHEZ
MARIA EUGENIA BUIL ARASANZ

Contacte:
sarabarriosorozco@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7462

La dermatoscòpia en la sarna

Home de 36 anys, sense antecedents. Consulta a urgències d'atenció primària per pruija generalitzada des de fa uns dies, de predomini nocturn. En l'exploració s'observen pàpules al tòrax, aixelles i a les extremitats, amb lesions de rascat i solcs acarins a les mans i canells, compatibles amb sarna. Es va recomanar realitzar dues aplicacions de permetrina 5% tòpica, mesures higièniques i tractament dels convivents. Tres setmanes després va venir a la consulta per un altre motiu i referí que persistia lleu pruija, però sense aparició de lesions noves. Es realitza un control telefònic al cap de 10 dies en què explica millor la clínica. Reconsulta mes i mig després de la primera visita a urgències per persistència de la pruija i aparició de noves lesions. En l'exploració s'observen lesions de rascat noves, pàpules eritematoses i solcs acarins. Es realitza dermatoscòpia i s'observa la imatge d'ala delta (triangle marró al final del solc acari). S'orienta com una reinfestació i es prescriu una nova pauta de tractament tòpic, amb millora inicial, però al cap d'un mes i mig consulta de nou per reaparició de les lesions. En aquesta ocasió, per persistència de símptomes durant 3 mesos, es realitza pauta intensiva de tractament tòpic els dies 1, 4, 7 i 11, i tractament oral amb ivermectina, per sospita de resistència, amb resolució del quadre clínic.

La sarna ha augmentat en els últims anys i sembla que també la resistència a la permetrina. Destaquem la utilitat del dermatoscopi en el diagnòstic, fins i tot sense que calgui ser experts en dermatoscòpia.

IMMACULADA FROU LLENAS
DANIEL ALCANTARILLA ROURA
MAR LLOBET ESTEBAN

Contacte:
ifrou.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7465

Doctora, tinc marejos des de fa uns mesos

Àmbit: Atenció primària

Motiu de consulta: pacient que refereix que porta mesos amb marejos breus i autolimitats però desagradables, amb els canvis bruscos del cap. Sembla que més quan gira cap a l'esquerra.

Antecedents personals: dos episodis de vertigen compatibles amb neuritis vestibular fa uns 5 anys.

Resta sense interès.

Anamnesi: tenint en compte els marejos breus interroguem sobre els dos episodis de vertigen agut que va patir fa 5 anys. Així ens refereix que els metges de la privada van haver d'anar a casa perquè no es podia moure i li van posar una medicació intramuscular. Després va visitar l'otorrinolaringòleg i el traumatòleg i no li van trobar res.

Actualment, en determinats moviments del cap (sobretot quan el gira cap a l'esquerra) tot li dona voltes. És una simptomatologia de segons-minuts màxim i s'autolimita. No ens refereix que li passi al llit quan es gira o es lleva. No s'acompanya de clínica vegetativa. Alguna vegada s'ha automeicat amb betahistina amb poca efectivitat.

Exploració física: otoscòpia: normal. Exploració neurològica: normal. Maniobra de Dix-Hallpike: positiva per clínica i per aparició de nistagme horitzontorotatori. Analítica i electrocardiograma: normals.

Judici clínic: el relat clínic i l'exploració ens orienta a vertigen postural benigne de l'oïda esquerra.

Diagnòstic diferencial: serà entre el vertigen perifèric i el central.

Tractament: Maniobra d'Epley.

Fem un seguiment de la pacient una setmana després i es manté sense clínica.

Amb aquest cas vull posar en evidència que el tractament d'un vertigen posicional benigne és la maniobra d'Epley i que l'ús de fàrmacs orals, que és el que encara es realitza la major part de vegades, no és el que es recomana a les guies de pràctica clínica ni en projecte essencial, per exemple.

ADRIÁN LÓPEZ LORENTE
YOLANDA VASCO RODRÍGUEZ
NEUS MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Contacte:
nmartinez@grupsagessa.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7466

El dit de Colón

Pacient home de 45 anys, sense al·lèrgies ni antecedents medicoquirúrgics rellevants. Consulta a la metgessa de família habitual per dolor i disestèsia al 2n dit de la mà dreta. Ja va consultar pel mateix problema fa uns 18 mesos. És comptable i es passa el dia fent clics amb el ratolí. Té un amic personal traumatòleg que li ha recomanat que faci les coses amb l'altre mà, però ell està angoixat perquè treballa més de 8 h al dia amb un ratolí i amb l'esquerra no assoleix el rendiment que ell considera òptim. Es troba preocupat per si la seva eficiència es veurà afectada.

En la primera consulta presentava exploració física sense deformitats ni hematomes, amb balanç articular normal i sense espetec a la flexoextensió forçada. En aquell moment se li recomana analgèsia a demanda i correccions posturals (ratolí de jugador, per buscar l'ergonomia).

Posteriorment, realitza consulta telefònica de nou i se'l cita presencialment per poder repetir exploració i veure si hi ha canvis. Primer, se'l deixa explicar totes les coses que ara fa amb la mà esquerra, però quan se li dona el ratolí de la pròpia consulta per exemplificar com treballa, s'objectiva que el pacient manté una extensió del dit en posició de repòs de la mà. El fet de no deixar caure el dit en repòs sobre el ratolí fa que mantingui una sobrecàrrega constant sobre el feix tendinós de l'extensor comú dels dits que va al 2n dit. Com a tractament es proposa corregir la postura.

És important revisar les situacions ergonòmicament conflictives *in situ* per fer una valoració completa. Les males postures i el dolor per postures forçades són cada dia més freqüents en les nostres consultes i a vegades cal anar més enllà de la clàssica exploració física.

TANIA SOLER RIBA
JOAN TORRAS BORRELL
ILENA PINO

Contacte:
tribasoler@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7468

Un altre cop d'ull

Motiu de consulta: blefaroespasme.

Enfocament individual: dona de 69 anys, amb hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, migranya, cataracta senil i hipotiroïdisme subclínic que reconsulta al centre d'atenció primària (CAP), rere una primera visita a urgències d'oftalmologia per impossibilitat d'obrir els ulls, fotofòbia i dolor ocular de llarga evolució. Des del CAP se sol·licita ressonància magnètica (RM) cranial i es deriva novament a oftalmologia, on prescriuen timolol per pressió intraocular elevada i citen per a capsulotomia posterior de l'ull esquerre per opacificació de la càpsula posterior.

Per persistència de blefarospasme reconsulta al CAP i s'intenta avançar l'RM. La pacient decideix acudir a Oftalmologia per via privada i descarten causa ocular. S'orienta com a fotofòbia central o blefarospasme essencial. Derivada a neurologia, es valora com a blefarospasme distònic possiblement desencadenat per una situació estressant, juntament amb cefalea vascular. RM amb lleus signes d'atròfia cerebral.

Judici clínic: en el seguiment posterior des de neurologia, la pacient va afegir que notava gesticulacions involuntàries a la boca i lateralització del coll cap a la dreta. S'orienta com a síndrome de Meige. La síndrome de Meige és una malaltia neurològica poc freqüent caracteritzada per blefarospasme i distonia oromandibular per contraccions musculars sostingudes. De causa desconeguda, se sospita que involucra els ganglis basals. De diagnòstic clínic, les proves d'imatge poden ajudar a descartar altres causes. El tractament es basa en infiltracions a la musculatura afectada.

Tractament i plans d'actuació: actualment es realitza infiltracions palpebrals bilaterals i pretarsals de toxina botulínica cada 3 mesos i se li va retirar el blocador beta.

Conclusions: davant d'un pacient amb un problema oftalmològic, cal tenir en compte la possibilitat que tingui una causa neurològica, tot i que presenti una exploració neurològica normal. En aquest cas, cal considerar un ventall ampli d'opcions diagnòstiques i, si és precís, consultar-ho amb altres especialistes. És important per agilitar el diagnòstic i evitar tractaments innecessaris.

MARTA BATALLÉ CAMINAL
ALEJANDRO ALVARADO SAGUE
CINTA ESTRADA ALFONSO
ALICIA SAINZ COMAS

Contacte:
martabatalle@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7470

La invisibilització de la síndrome coronària en la dona. Electrocardiograma o diazepam?

Motiu de consulta: dolor toràctic.

Antecedents: malaltia pulmonar obstructiva crònica, hipertensió arterial, obesa. Fumadora. Ansietat.

Malaltia actual: dona de 58 anys que reconsulta a l'ambulatori per episodis de dolor centroescapular d'uns 20 minuts de duració, en repòs, irradiació a mandíbula, acompanyat de dolor en ambdues aixelles i cefalea. Explica també un vòmit. L'episodi del dia anterior va ser orientat com a ansietat. Nega sudoració, ni palpitations. Actualment asimptomàtica.

Exploració física: sense alteracions.

Proves complementàries:

- Electrocardiograma: RS 90 bpm, eix +60, PR >0,2, QRS <350, S profundes a V1-2, aplanament ondes T precordials.
- Electrocardiograma a urgències: ritme sinusal a 100 bpm, QRS a 30o; PR <0,2 s, QRS <0,12 s, R amputades a V1-V4, presència de Q a cara anteroseptal.
- Electrocardiograma a l'alta: RS a 70 bpm. PR 120 ms, QRS estret. Petita onda Q a DIII. QS V1-V3 amb persistència d'elevació de l'ST inframilimètrica V1-V4. Ondes T negatives a DI i aVL.
- Coronariografia: malaltia d'un vas (DA).

Desenvolupament:

- Diagnòstic diferencial: ansietat, reflux gastroesofàgic, vertigen perifèric, cervicàlgia, síndrome coronària aguda.
- Judici clínic: síndrome coronària en la dona.
- Tractament: implant d'un stent farmacooactiu. S'afegeix medicació corresponent.
- Evolució: asimptomàtica després de la revascularització.

Conclusions: el dolor toràctic en la dona és un motiu de consulta molt freqüent en les consultes d'atenció primària. Hi ha una bretxa de gènere en la seva avaluació a causa d'una infravaloració del risc de patir un esdeveniment coronari per part de les pacients i de l'equip sanitari. Molts cops és orientat com a ansietat, fet que retarda el diagnòstic. La cardiopatia isquèmica de la dona té característiques específiques, com un dolor toràctic retroesternal, sovint acompanyat de clínica digestiva, amb fatiga i dispnea i menys diaforesi. Es fan menys estudis invasius i diagnòstics, i reben menys tractament. Són necessaris més estudis en la població femenina i també conscienciar la població.

PILAR MONTERO ALIA
TAMARA JIMÉNEZ PASCUA
M^a CARMEN RODRÍGUEZ PÉREZ
LAIA MAS PONS
MARÍA RODRÍGUEZ LAGO
HAJAR EL JAOUHARI KHLIFI

Contacte:
tjimenez.bnm.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7473

Citizen hackathon. Empoderant la nostra gent gran en l'accés i ús de les tecnologies de la informació i de la comunicació en salut

Objectiu: afavorir un envelliment més actiu i saludable proporcionant eines per accedir i gestionar críticament les diferents tecnologies de la informació i comunicació (TIC).

Material i mètodes: avaluació d'una intervenció d'alfabetització digital en salut en adults entre 55 i 80 anys a nivell municipal, mitjançant mètodes mixtes: un disseny quasiexperimental amb mesures prèvies i posteriors de les competències digitals, sense grup de comparació i una avaluació qualitativa de la intervenció (entrevistes i grups de discussió), del desenvolupament del pensament crític i de l'impacte percebut.

La intervenció consta de tres fases:

- Càpsules sincròniques en format presencial o virtual amb una participació de 24 persones.
- Càpsules asincròniques i difusió del projecte via correu electrònic i SMS, ampliant la participació a 1.131 persones en aquest format.
- Hackatò final. Dinàmica amb 41 participants en què s'afegeixen nous perfils (sanitaris i creatius digitals) per crear projectes amb noves idees i eines digitals.

Limitacions de l'estudi: canvis provocats per la situació pandèmica i les restriccions vigents de cada moment.

Aspectes eticolegals: el projecte ha estat aprovat per la Comissió Ètica d'Investigació de l'IDIAP.

Resultats: després de la intervenció, el 10% dels participants perceben una millor identificació de fonts fiables o rigoroses d'informació; s'incrementa un 16% el coneixement per trobar recursos útils sobre salut a Internet, i disminueix un 14% la dificultat a l'hora de valorar la fiabilitat de la informació sobre salut als mitjans de comunicació.

Conclusions: amb una intervenció adequada, la gent gran pot accedir i identificar fàcilment fonts d'informació en salut a Internet, que els ajudin a tenir un envelliment més actiu i saludable, a la vegada que reduïm la bretxa digital i afavorim el seu accés al sistema sanitari a través d'aquestes eines digitals.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M^a ÀNGELES HORTELANO GARCÍA
KARINA SANTOS QUISPE
MARTA GIL ORTEGA

Contacte:
mahortelano.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7474

Fuera de lugar

Àmbito: atenció primària.

Pacient de 44 anys, fumadora de 15,5 paq/año, con antecedents de anèmia ferropènica, hipertriglicèrèmia, mastopatia fibroquística i migraña, consulta en urgències per malestar general con cefalea, diarrees y dolor abdominal. Se orienta inicialment com a virusis y se indica tractament sintomàtic y dieta. La pacient reconulta ese mateix dia per persistència del dolor pese a la analgesia, con increment del dolor a nivell hipogàstric irradiat a regió lumbar con molestias urinarias inespecíficas sin síndrome miccional franco. Se realiza tira de orina que no muestra alteraciones relevantes y se solicita ecografía abdominal y analítica sanguínea. La pacient presenta mal control del dolor pese a analgesia y analíticamente destaca leucocitosis con desviación izquierda sin otras alteraciones. En la ecografía abdominal se informa de una imagen lineal ecogénica a nivel miometrial del fundus uterino por dispositivo en posición anómala.

Juicio clínico: dolor abdominal por desplazamiento de dispositivo anticonceptivo interno.

Diagnóstico diferencial: infección urinaria, cólico renal, gastroenteritis, diverticulitis, endometriosis.

Tratamiento y evolución: se deriva a la pacient a ginecología para valoración. Se realiza nueva ecografía en la que informan de ausencia de dispositivo anticonceptivo en trompa derecha e inician tratamiento con gestágenos.

Conclusiones: ante una mujer en edad fértil que presenta un dolor abdominal no se debe olvidar el posible origen ginecológico del mismo. Se debe interrogar no solo sobre su ciclo menstrual o sobre la posibilidad de embarazo sino también por la presencia de dispositivos de anticoncepción internos.

AINHOA TOSCANO RIVERA
MACARENA BERMÚDEZ DE LA PUENTE
MORROS-SARDÀ
PAULA SUÁREZ DEL BUSTO

Contacte:
atoscano.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7475

Un dolor torácico diferente

Àmbito: atenció primària y hospitalaria.

Hombre de 44 años, fumador de 60 paq/año y con dislipemia, consulta por dolor torácico de características mecánicas de 1 semana de evolución. Se descarta origen cardiológico del mismo y se indica tratamiento sintomático. El paciente presenta mejoría inicial del dolor con empeoramiento posterior por lo que reconulta en seis ocasiones (durante 20 días) en urgències, tanto en el ambulatorio como en traumatología y medicina interna hospitalaria. En la última visita refiere que el dolor ahora se presenta en reposo y se asocia disfagia ocasional. Se realiza radiografía que muestra una masa mediastínica que desplaza la tráquea. Se indica estudio ambulatorio, pero por mal control sintomático ingresa finalmente en el hospital. Durante el ingreso se realizan diversas exploraciones complementarias entre las que destaca tomografía computarizada (TAC) torácica, que muestra voluminosa masa mediastínica en compartimentos medio y posterior y un estudio de tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) que muestra masa mediastínica hipermetabólica que se extiende caudalmente hasta la región hilar bilateral, y ocupa la totalidad de los espacios. Engloba todas las estructuras mediastínicas sin claros signos de infiltración. Se realiza punción para biopsia de la masa mediastínica y se diagnostica linfoma difuso de células grandes B, fenotipo centro germinal. Al interrogatorio dirigido, el paciente refiere episodios de sudoración profusa nocturna desde hace un año.

Juicio clínico: linfoma difuso de células grandes.

Diagnóstico diferencial: timoma, teratoma, masa tiroidea

Tratamiento y evolución: el paciente permanece ingresado en el hospital, controlado y tratado por el servicio de hematología.

Conclusiones: aunque el dolor torácico sea de características mecánicas en un paciente joven, es importante realizar siempre una buena anamnesis y revalorar la impresión diagnóstica inicial cuando reconulta, y deben plantearse exploraciones complementarias.

Importancia de la longitudinalidad en la atención primària que nos permite revalorar una impresión diagnóstica inicial.

THOMAS HUGHES
NURIA BLASCO AHICART
RAFAEL BASSAGANYAS VANCELLS

Contacte:
tomhughes93@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7477

Anticonceptius i antibiòtics d'ampli espectre. Mite o veritat?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: amenorrea.

Historia clínica: enfocament individual: dona de 27 anys sense al·lèrgies medicamentoses, no hàbit tòxic, amb antecedents de pneumotòrax espontani amb resolució amb tractament conservador. TPAL 1001. Pren anticonceptius hormonal mixtes.

Consulta per retràs de la menstruació de més de 10 dies amb cicles previs regulars de 28 dies. No dolor abdominal, no canvis de flux vaginal, no pruija, no altre clínica associada. Antecedent fa 1 mes de pneumònia adquirida a la comunitat tractada amb amoxicil·lina 1 g/8 h durant 7 dies amb resolució completa.

La exploració física respiratòria, cardíaca, abdominal i pèlvica és normal. Es demana gonadotropina coriònica humana beta (β -HCG) en orina que resulta positiva. Es deriva pacient a atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) per a estudi i seguiment de l'embaràs.

Enfocament familiar: viu amb el seu marit i un fill de 9 mesos.

Judici clínic: s'orienta com a probable embaràs.

Diagnòstic diferencial: embaràs, síndrome molar, embaràs ectòpic, coriocarcinoma d'ovari productor de β -HCG

Identificació problemes: Davant tota amenorrea en una pacient en edat fèrtil, la primera prova a realitzar és el test de β -HCG en orina. Si resulta positiu, cal pensar en embaràs com a causa més freqüent i demanar una ecografia per confirmar el diagnòstic.

Tractament i plans d'actuació: derivació a ASSIR per a seguiment de l'embaràs.

Evolució: bona evolució de l'embaràs amb part a termini sense complicacions.

Conclusions: la principal causa d'amenorrea és l'embaràs i cal descartar-lo encara que s'estigui en tractament anticonceptiu oral perquè poden haver-hi oblit de dosi desapercebuts pel pacient. Sobre la interacció anticonceptius i antibiòtic hi ha poca evidència que hi hagué associació. Només cal afegir un mètode barrera amb la rifampicina.

ALBA GARCÍA ZAERA
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ
ELENA MILEGO GIL

Contacte:
albagzaera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7479

Feocromocitoma y la importancia del médico de familia para su diagnóstico

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: palpitaciones.

Historia clínica: antecedentes: mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA), dislipemia y diabetes *mellitus* de tipo 2 (DM2).

Acude a urgencias del ambulatorio en reiteradas ocasiones por presentar palpitaciones y mareo junto con tensión arterial elevada sin dolor torácico asociado. La exploración física por aparatos es anodina y el electrocardiograma muestra una taquicardia sinusal a 112 lpm. Se inicia el estudio de la taquicardia sinusal con la solicitud de una analítica sanguínea con hemograma, perfil tiroideo, bioquímica con función renal, iones y reactantes de fase aguda. En la analítica se descarta anemia, hipertiroidismo, proceso infeccioso intercurrente e hiperaldosteronismo primario. Posteriormente se solicita la detección de catecolaminas y metanefrinas fraccionadas en orina y se encuentran aumentadas significativamente.

Se orienta como feocromocitoma y se deriva a endocrinología para confirmar el diagnóstico. Se realiza nueva determinación de catecolaminas en sangre y una resonancia magnética abdominal y rastreo con gammagrafía MIBG como pruebas de localización del tumor. Revisando su historia clínica, la paciente ya presentaba una tomografía computarizada abdominal realizada en el 2013 donde se informaba de una masa suprarrenal derecha coincidiendo con los hallazgos en las pruebas actuales.

Finalmente se procede a la intervención quirúrgica del tumor con resolución completa del cuadro clínico.

Conclusiones: dada la elevada prevalencia de la HTA, es importante el papel que presenta el médico de familia en su detección y correcto estudio para poder descartar causas secundarias potencialmente curables como el feocromocitoma.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

VERÓNICA ALFONSO REYES
CHARINEL RIVERA DE LA ROSA
ISABEL LEGAZPI RODRÍGUEZ

Contacte:
veroalfonso_99@yahoo.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7481

Estrongiloides. ¡No lo pensamos!

Motivo de consulta: Mujer de 40 años consulta por lesiones en piel con prurito y dolor abdominal de 15 años de evolución.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: eosinofilia, rinitis alérgica e hiperuricemia.

Anamnesis: incomodidad abdominal crónica, cambios en ritmos intestinales, lesiones en piel intermitentes desde la infancia.

Exploración: abdomen anodino, lesiones urticariformes inespecíficas en cara, cuello, tórax y espalda.

Pruebas complementarias. Hemograma: eosinofilia, 15. VSG, funciones renal y hepática normales. Serología inmunoglobulina G para *Strongyloides stercoralis* +.

Enfoque familiar y comunitario: procedente de Honduras, infancia en el campo. Tendencia a jugar descalza en la tierra. No antecedentes de rinitis alérgica en la familia. Último viaje a su país hace 7 años.

Juicio clínico, diagnóstico, identificación de problemas: el diagnóstico se realiza mediante el examen microscópico de muestras seriadas de heces y se detectan larvas de *S. stercoralis*.

Tratamiento y planes de actuación: ivermectina: 200 mcg/kg vía oral 1 vez al día durante 2 días.

Alternativamente: albendazol 400 mg por vía oral 2 veces al día.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: la estrongiloidiasis crónica puede persistir durante años debido a la autoinfección. Puede ser sintomática, caracterizada por síntomas gastrointestinales, pulmonares y cutáneos, incluso se puede desarrollar un síndrome de hiperinfección diseminado, y se identifican larvas filariformes en duodeno, esputo y lavados bronquiales. También existe la presentación asintomática.

Cribado: los candidatos para la detección sistemática incluyen: personas con antecedentes de viajes o residencia en áreas endémicas (recientes o lejanos), pacientes con síntomas que sugieran estrongiloidiasis, eosinofilia inexplicable, infectados con el virus linfotrópico humano de tipo 1 (HTLV-1), trasplantados de órganos (receptor o donante).

Prevención: fomentar el uso de inodoros y evitar la defecación antihigiénica.

Utilizar barreras para la protección de la piel y evitar el contacto directo con la tierra, por ejemplo: protección con zapatos, utilizar ropa al sentarse en la tierra, etc.

SÍLVIA GÜELL PARNAU
JORGE GUTIERREZ BERNAL
ADELA VICENS CATALÀ

Contacte:
sguell.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7482

La dermatoscòpia per valorar una pigra. Melanoma maligne

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: senyora de 53 anys que consulta per una pigra a la paret abdominal des de fa anys. Refereix que els 2-3 darrers mesos ha crescut i li molesta. No ha sagnat.

Enfocament individual: no treballa exposada al sol, ha fet varies sessions d'UVA.

Antecedents personals: varicositats i insuficiència venosa crònica. No pren cap medicació de forma habitual. Nega antecedents familiars o personals de càncer de pell. La seva mare va patir càncer de mama als 54 anys. Ella segueix els programa de cribratge poblacional de càncer de mama.

Exploració física: a la zona paraumbilical alta dreta, una pàpula de color marró fosc de 10 mm x 8 mm, coloració irregular, lleument sobrelevada.

Pacient amb ulls color marró clar, rossa, fenotip III.

En l'exploració dermatoscòpica es visualitza patró asimètric amb zona central blanca i blava. A la perifèria, reticulat atípic i glòbuls de color marró.

Aplicant els punts de Soyer té asimetria i color blanc i blau: més de 2 punts fan sospitar malignitat. A la dermatoscòpia té més d'un criteri de melanoma maligne.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: sospita de melanoma maligne.

Diagnòstic diferencial: melanoma maligne, nevus melanocític atípic.

Tractament: es deriva a dermatologia i es programa per a exèresi. S'extreu la totalitat de la lesió. L'estudi anatomopatològic indica melanoma d'extensió superficial, nivell d'invasió CLARK III. Vores lliures.

L'ecografia descarta adenopaties inguinals o a l'aixel·la.

Diagnòstic final: melanoma maligne amb exèresi completa.

Aplicabilitat: l'accés dels metges de família a la dermatoscòpia facilita el cribratge entre lesió benigne i lesió maligne. Fins i tot es pot fer una aproximació diagnòstica acurada. Per això cal una formació inicial. La formació ideal és en tallers. També l'ús habitual del dermatoscopi i la descripció sistemàtica de la lesió ajuda a l'orientació correcta del pacient.

S'obté el consentiment oral de la pacient.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SÍLVIA GÜELL PARNAU
RICARD BECERRA FORTES
INES DE OLANO BIADA

Contacte:
sguell.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7485

Rabdomiòlisi per estatines. Anàlisi seqüencial

Motiu de consulta: senyor de 53 anys, consulta l'infermer per a revisió de patologies cròniques. Se sol·licita anàlisi.

Antecedents personals, anamnesi, exploració, proves:

Antecedents personals: diabetis *mellitus*, hipertrigliceridèmia, hipertensió arterial, obesitat, síndrome d'apnea del son, hernia hiatal, esteatosi hepàtica lleu. Tractament: omeprazole, metformina, fenofibrat, simvastatina, liraglutida, enalapril/hidroclorotiazida.

Des del laboratori avisen el metge de família per alteració analítica: aspartat-aminotransferasa: 280 UI/l (normal 12-50), alanina-aminotransferasa: 141 UI/L (normal 8-50). Creatina cinasa (CK) 5.092 UI/l (55-171), urea 58 mg/dl (17-43), filtrat glomerular 49 ml/min/1,73 m². Resta normal.

Manifesta astènia, empastament muscular als bessons des de que prenia simvastatina (6 mesos). Es deriva a urgències hospitalàries, sospita de rabdomiòlisi i insuficiència renal secundària.

Exploració física: bon estat general, ben hidratat, TA 163/98 mmHg, edema facial i a les extremitats. Auscultació cardíaca: rítmic a 70 bpm. Auscultació respiratòria: normal. Anàlisi com l'anterior. Durant l'ingrés es detecta hipotiroidisme a l'anàlisi.

Judici clínic: rabdomiòlisi per estatines, insuficiència renal secundària, hipotiroidisme de debut.

Tractament i evolució: retirada d'estatines, levotiroxina substitutiva, repòs i hidratació. Es restableix la funcionalitat correctament.

Conclusions: les estatines poden produir dolors musculars entre un 7-29% dels casos tractats. Pot ser des de debilitat fins a miopatia amb elevació de les CK >10 vegades els valors normals. Poden arribar a rabdomiòlisi, la forma més greu de dany muscular. La clínica de dany muscular, juntament amb la d'hipotiroidisme, pot haver dificultat la interpretació de les miàlgies per part del pacient.

El laboratori va protocol·litzar la determinació de CK en cas d'AST >80, AST > GOT amb gammaglutamiltransferasa normal o hemòlisi. Si CK <2.000 UI/l, es recomana hidratació i repòs, i control analític al cap d'1 setmana. Si CK >2.000 UI/l s'avisava el metge referent via urgent i si presenta miàlgia, colúria, augment de creatinina o potassi, disminució de filtrat glomerular, s'orienta com a rabdomiòlisi.

Es va seguir aquest protocol i les CK es demanen per l'augment d'ALT i AST. Actualment cap assaig clínic recomana monitoratge de CK rutinàriament en pacients que prenen estatines. S'obté el consentiment del pacient.

CLARA SABATÉS COLL
BEATRIZ ROCA-CUSACHS SANTAMARIA
MARTA PEDROL LLIRINÓS

Contacte:
clarasabatescoll@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7486

Cardiopatia isquèmica i dona, una assignatura pendent?

Àmbit del cas: servei d'urgències.

Motius de consulta: cremor toràcica.

Història clínica: pacient de 43 anys, fumadora, amb antecedents de trastorn depressiu en tractament amb sertralina. Consulta per cremor toràcica d'un dia d'evolució, irradiada a les extremitats superiors i inferiors amb sensació de parestèsies, i acompanyada de mareig i cefalea. En l'anamnesi dirigida refereix episodis similars durant la setmana tant relacionats amb l'exercici com en repòs.

Exploració física normal. L'electrocardiograma destaca la rectificació del punt J a V4-V5. Radiografia de tòrax normal i analítica on destaca l'elevació de troponines de 54,94, que augmenta a 548 en controls posteriors.

Diagnòstics: síndrome coronària aguda sense elevació de l'ST (SCASEST) Killip I.

Evolució: davant d'una pacient amb un dolor toràcic de característiques atípiques i elevació de troponines, s'orienta com una SCASEST i s'inicia tractament amb àcid acetilsalicílic, ticagrerol, estatines, blocadors beta i anticoagulació. Es realitza de forma preferent una coronariografia que objectiva malaltia coronària significativa d'un vas, per hematoma de paret de la 1a diagonal.

Conclusions: tot i que la presentació típica és idèntica en ambdós sexes, la clínica atípica és més freqüent en dones, sobretot premenopàusiques. Per això no hem de deixar de pensar-hi davant d'una dona jove que presenti clínica atípica. Una altra diferència remarcable és el fet que es realitzen menys coronariografies en les dones, fet que comporta un major nombre de reconsultes per angines refractàries, tot i que s'ha de tenir present que el percentatge de coronariografies normals en les dones és molt més elevat que en els homes.

A més, la dissecció coronària espontània (un hematoma se'n considera un tipus) causa fins al 4% de les síndromes coronàries agudes i és més alta la seva incidència en dones d'edat <60 anys, en l'infart relacionat amb l'embaràs i en pacients amb història de displàsia fibromuscular, ansietat, depressió o tractaments neurològics o psiquiàtrics previs.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

AMAT BOTINES PUERTAS
PILAR AGUILÀ PUJOLS
LUCA DEL FIO GIL
LUCIA MUCIENTES MARCILLA
ALBA DIEGUEZ DEL RÍO
ARÁNZAZU SANTANA GONZÁLEZ

Contacte:
amat92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7487

Impacte de les activitats extraescolars en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants i adolescents

Les activitats extraescolars (AE) poden complementar l'educació obligatòria i proporcionar un millor desenvolupament dels infants, de manera que podrien augmentar la seva qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS).

Objectius: avaluar l'impacte de la realització d'AE en la QVRS, valorar la influència de la procedència, el nivell socioeconòmic, la tipologia de l'activitat i les hores dedicades.

Metodologia: estudi transversal en escoles de Vic, curs 2021-2022, edats de 9 a 13 anys, mitjançant qüestionari anònim sobre dades demogràfiques i AE, i el qüestionari KINDL-R.

Resultats: van participar 227 alumnes de 3 dels 15 centres educatius de Vic. El 47,58% eren dones, 134 realitzaven AE (41,79% dones) i 93 no realitzaven AE (55,91% dones). La mitjana d'hores setmanals va ser de 4,33 hores i l'edat mitjana va ser de 10,73 anys. Les AE disminuïen un 13,01% en el pas de primària a secundària. La QVRS va ser major en els alumnes que realitzaven AE ($p < 0.001$). Alumnes amb progenitors de fora o nivell socioeconòmic mitjà-baix tenien pitjor QVRS ($p = 0,008$ i $p = 0,0008$, respectivament). Es van estratificar les dades per nivell socioeconòmic per contrarestar el biaix de confusió. No es van trobar diferències significatives en la influència en la QVRS de la tipologia d'AE, ni en el nombre d'hores ($p = 0,9194$ i $p = 0,9624$).

Conclusions: la proporció d'alumnes que realitzen AE dels centres analitzats de Vic és inferior a les proporcions de poblacions properes. S'han identificat factors que impliquen una menor participació en AE, com ser dona, fer secundària, tenir progenitors de fora i tenir un nivell socioeconòmic mitjà-baix. Les AE augmenten la puntuació en QVRS. Per tant, s'haurien de promoure mesures efectives per garantir un accés global i igualitari a les AE per a tots els infants en edat educativa.

OSCAR LÓPEZ MIGUEL
EVA MARÍA ABADÍA LASALA
CLARA LLANOS MARCO

Contacte:
oscarlopezmi@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7488

Eritema nodoso. ¿Qué me está pasando?

Àmbit del cas: urgències i atenció primària.

Motivo de consulta: lesions nodulars en la cara anterior de la tibia, doloroses.

Historia clínica: enfocament individual. Antecedents personals: sin al·lèrgies medicamentoses conegudes. No hàbitos tòxics. Trastorn bipolar. Espondilitis anquilosant HLA B27+.

Anamnesis: home de 45 anys que consulta en urgències per lesions nodulars en la cara anterior de la tibia, doloroses, associades a tumefacció de tobills i febre.

Enfocament familiar i comunitari: independent per a activitats bàsiques de la vida diària.

Orientació diagnòstica: eritema nodoso, control posterior en atenció primària.

Juici clínic i diagnòstic diferencial: el diagnòstic diferencial que debem plantejar ante el eritema nodoso es: infeccions (estreptococ beta-hemolític, tuberculosi...), malalties inflamatoris (sarcoidosi, malaltia inflamatori intestinal, malaltia del teixit connectiu...), neoplàsies, fàrmacs (anticonceptius orals, penicilinas...).

Com la llista de patologies associades al eritema nodoso es extensa, els estudis inicials a realitzar per a que el abordatge sea eficaç en quant a costes son: historia clínica (uso de fàrmacs, gestació recent, símptomes compatibles amb faringitis, diarrea crònica, compromís articular, adenopaties o visceromegalies); proves complementàries (Hemograma, bioquímica i VSG, cultiu faringeu, radiografia de Tòrax i Mantoux).

Tratament i pla d'acció: inicialment, desde urgències se inicia tractament amb indometacina oral i se ve posteriorment en consultes de atenció primària.

A las 2 semanas persisten las lesiones y la fiebre. Se realiza una radiografía de tórax y se observan unos hilios prominentes. De forma multidisciplinar con el hospital, ante la sospecha de sarcoidosis, se inicia corticoterapia oral a dosis altas y se remite al servicio de neumología para confirmar el diagnóstico.

Evolució: tras el tratamiento con corticoterapia oral presenta una evolución favorable, tanto clínica como radiológica (en radiografía y tomografía computarizada torácica). Sin recaídas de la enfermedad hasta la fecha.

Conclusions: el eritema nodoso es una entitat relacionada amb un gran abanico de causes subyacentes. Per eso una historia clínica dirigida, el uso adecuado de las pruebas complementarias iniciales y el abordaje multidisciplinar con el ámbito hospitalario juegan en beneficio del paciente.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ARNAU VILLALBÍ ESPINÓS
NEUS PÉREZ MANYÀ
MARC TARÍN MARTÍ

Contacte:
arenow@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7498

Psoriasis inversa amb Koebner per mascareta

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: lesió cutània axil·lar persistent, erupció descamativa retroauricular bilateral.

Història clínica: enfocament individual: home de 68 anys sense antecedents d'interès que realitza repetides visites a urgències des de 2018 per lesió eritematosa lleugerament pruriginosa a l'aixel·la esquerra. És tractat amb antifúngic tòpic repetidament, amb escassa millora. El febrer de 2021 consulta telemàticament per nova descamació pruriginosa al cuir cabellut. S'orienta com a dermatitis seborreica i es tracta amb ketoconazole durant 2 mesos. Aconsegueix visita presencial amb el seu metge de família mesos després, aleshores presenta lesions retroauriculars en plaques simètriques bilaterals de 5-7 cm, lesió eritematosa descamativa amb signes de rascat i de sagnat, sense lesions satèl·lit, amb alopecìa cicatricial local. La localització coincideix amb la fricció de mascareta. Manté placa eritematosa no descamativa de 3 cm x 1,5 cm a l'aixel·la esquerra de l'any 2018, sense lesions satèl·lit. També presenta lesió en placa eritematosa no descamativa al plec del gluti sense lesions satèl·lit, amb queratosi superficial, no mencionada per pudor. Es recullen fotografies amb consentiment.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: psoriasis Inversa amb afectació de plec gluti i aixel·la, i fenomen de Koebner degut al frec amb gomes de mascareta, fet que provoca una lesió pròpia de psoriasis de forma clàssica.

Tractament i plans d'actuació: calcipotriol monohidrat en escuma cutània.

Evolució: favorable, amb plena resolució del quadre. Es recullen noves fotografies amb consentiment.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la longitudinalitat assistencial podria haver detectat el problema abans. És destacable la importància de la presencialitat en qüestions clíniques, i és essencial per realitzar un enfocament adequat dels problemes de salut dels pacients.

GEORGE CLEVIN GONZÁLEZ BETANCOURT
ANTONIO AGÜERA SEDEÑO
GLORIA LUCERO BONILLA

Contacte:
clevin1@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7499

Artritis idiopàtica juvenil. Un diagnóstico desafiante para la medicina familiar

Atención primaria.

Niño de 10 años con dolor articular.

Antecedentes personales: calendario vacunal al día, asma (diagnóstico en 2015).

Antecedentes familiares: madre con fibromialgia, abuela paterna con artritis reumatoide.

Consulta en noviembre de 2020 por cuadro de tumefacción, edema y limitación funcional de rodilla izquierda, de aparición espontánea, sin traumatismo previo, sin fiebre. La madre refiere que, en los 2 años previos, el paciente presentaba episodios similares, sin limitación funcional y que culpaban a la actividad física y manejaban el cuadro con antiinflamatorios no esteroideos.

Examen físico: edema, calor en la rodilla izquierda, impotencia funcional con flexión máxima de 20°-30°, líquido libre en articulación, requiere artrocentesis y se obtiene líquido sinovial inflamatorio y valoración por reumatología pediátrica.

El paciente presenta brotes a las 8, 12 y 14 semanas y requiere artrocentesis e infiltración. Se inicia deflazacort 6 mg/día. La ecografía muestra derrame articular tabicado contralateral y sinovitis III. Se inicia metotrexato (MTX) 15 mg/semana y ajuste de deflazacort a 12 mg/día.

Control al mes: persiste tumefacción. En reumatología se inicia etanercept 15 mg/semana. Posteriormente a las 4 semanas: mejoría clínica con descenso de corticoides. Control a los 6 meses: elevación de transaminasas secundaria a MTX, pero mejora de cuadro artrítico. Se retira MTX. Control 12 semanas: resolución de toxicidad hepática, continúa el manejo con etanercept.

Análítica. Hallazgos positivos: VSG 15 mm/h, ANA 1/80; después todos negativos, hemograma normal, HLA B27, inmunoglobulina A transglutaminasa, ENA, factor reumatoide, PTH y QuantIFERON™ negativos.

La artritis idiopática juvenil se puede manifestar de diversas maneras. A pesar de los avances científicos no existe una prueba patognomónica, ni imagen o serología confirmatorias. Las dificultades en su abordaje inicial hacen que el diagnóstico se base en datos clínicos y semiológicos, que son los principales instrumentos del médico de familia. Por lo tanto, con la sospecha diagnóstica se logra una intervención precoz en colaboración con un equipo multidisciplinar enfocado a prorrogar la calidad de vida del paciente, disminuir sus complicaciones futuras y el control de la enfermedad.

MARC OLIVART PAREJO
GERARD PINYOL RIPOLL
NEUS MIRÓ VALLVÉ
ANDRÉS RODRÍGUEZ GARROCHO
JOAQUIM DÍAZ LOZANO
TERE JOVÉ MARTÍNEZ

Contacte:
olivart68@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7500

Estudi de la prevalença de deteriorament cognitiu no diagnosticat en població major de 60 anys

L'objectiu principal de l'estudi és descriure l'estat cognitiu dels individus de més de 60 anys de la regió estudiada. L'objectiu secundari és conèixer quin percentatge de la població classificada amb deteriorament cognitiu lleu és resultat d'una causa neurodegenerativa.

L'estudi transversal compta amb una mostra de 734 subjectes, elegits a l'atzar entre la població de més de 60 anys sense problemes cognitius coneguts, i que accepten participar a l'estudi. Mitjançant una entrevista dirigida i un test de cribratge cognitiu (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) es classifiquen els subjectes en: sense alteracions cognitives (CN), amb alteracions només en els tests (DCAE), amb queixes i sense alteracions (DCS), amb queixes i alteracions cognitives (DCL) i subjectes amb demència establerta (D). En un segon moment, els pacients amb deteriorament cognitiu lleu són estudiats a la unitat de trastorns cognitius (UTC) per estimar la prevalença de malaltia neurodegenerativa en aquest grup.

Resultats: la distribució de les troballes cognitives és: CN 34,3% (n = 252), DCAE 25,2% (n = 185), DCS 15,7% (n = 115), DCL 22,2% (n = 163) i demència 2,6% (n = 19).

Dels 163 casos de DCL, un 69,9% (n = 114) va accedir a ser valorat a la UTC. D'aquests, un 55,3% (n = 63) va ser orientat com a un trastorn neurodegeneratiu.

Conclusions: és important disposar d'estudis com aquest que descriuen les alteracions cognitives en la població sana del nostre entorn, amb criteris de classificació clars i d'acord amb la bibliografia actual.

Destaca la prevalença del 2,6% de demència, a més del 40,5% de la població amb trastorns cognitius potencialment neurodegeneratius (D + DCL + DCS).

El fet que més d'un 50% dels DCL trobats en un cribratge siguin problemes neurodegeneratius planteja la necessitat de realitzar una cerca activa, però sobretot remarca la importància de realitzar un correcte abordatge de les queixes cognitives.

GLORIA NARCISA LUCERO BONILLA
JOSEP ANTONI VERGARA RUIS
ALFOSO ARANA MADARIAGA

Contacte:
celestes.a10@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7502

La analítica de control que asusta

Àmbit de actuació: atenció primària, urgències.

Motivo de consulta: analítica de control en paciente con glucemia basal alterada 5 meses antes.

Historia clínica: antecedentes: mujer de 47 años. No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas. No Factores de riesgo cardiovascular ni enfermedades basales.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, perfil hepático y función renal normal. A destacar: glucemia de 322 mg/dl y hemoglobina glicosilada (HbA1c) 15%.

Juicio clínico: paciente con antecedentes de glucemia basal alterada con analítica de control claramente patológica. Interrogando a la paciente por la sintomatología asociada, refiere clínica cardinal de dos meses de evolución; poliuria, polidipsia y pérdida de unos 10 kg.

Dado el caso, se realiza tira de orina en consulta que muestra cetonuria. Ante la sospecha de cetoacidosis diabética, se remite a urgencias hospitalarias para manejo.

Diagnóstico: se trata de un debut diabético, a priori de tipo 1 por el inicio brusco, la clínica asociada y la pérdida de peso.

Evolución: en urgencias se confirma hiperglucemia y cetosis sin acidosis asociada y sin diselectrolitemias. Se trata pues de cetosis simple. Se consigue corregir el cuadro con insulina e hidratación endovenosa. Al alta se inicia tratamiento con insulina basal y derivación a endocrinología.

Conclusiones: para un diagnóstico de diabetes necesitamos 2 determinaciones patológicas o bien 1 determinación y clínica cardinal.

Las descompensaciones graves de la diabetes son la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar, que requieren manejo hospitalario.

La entidad de cetosis simple implica hiperglucemia y cetonemia, pero no alteración del equilibrio ácido-base.

El inicio del tratamiento basal depende de la sospecha. La clínica de nuestra paciente orienta más al tipo 1 por lo que no están indicados los hipoglucemiantes orales, sino iniciar directamente insulinoterapia.

El manejo de la diabetes *mellitus* de tipo 1 es realizado por endocrinología.

SONIA CASTRO LÓPEZ
GISELA REYES GALLARDO
SILVIA TORRENT GOÑI

Contacte:
soniacastro.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7503

Infecció respiratòria de repetició. En què pensar? A propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: infeccions respiratòries de repetició.

Història clínica: enfocament Individual: antecedents personals: extabaquisme, pirosi ocasional.

Anamnesi: pacient de 30 anys que consulta repetides vegades l'últim any per episodis de malestar general, tos amb expectoració mucopurulenta i dispnea. En diversos dels episodis, per persistència del esput purulent, s'indica tractament antibiòtic amb amoxicil·lina. Exploració física: bon estat general. Saturació 99%, afebril. Auscultació cardíaca rítmica: respiratòria: sibilàncies aïllades que desapareixen amb la tos. Proves complementàries. Anàlisi sanguínia: hemograma i bioquímica basal normals. Enfocament familiar i comunitari: nivell social mitjà, actiu laboralment. Judici clínic: bronquitis aguda bacteriana. Diagnòstic diferencial: pneumònia, altres infeccions respiratòries, asma.

Tractament: a causa de la freqüència dels episodis respiratoris, es va decidir realitzar cultiu d'esput. Va resultar positiu per a *Pseudomonas lundensis*, bacteri gramnegatiu aïllat a la carn de boví. Reinterrogant el pacient, reconeixia episodis ocasionals de pirosi. Segons l'antibiograma es va indicar tractament antibiòtic i, sospitant microaspirats bronquials per reflux gastroesofàgic, es va iniciar tractament amb omeprazole.

Evolució: després d'iniciar el tractament amb omeprazole, el primer mes cada 12 h i posteriorment cada 24 h, el pacient va quedar asimptomàtic i van desaparèixer els episodis de tos i expectoració.

Conclusions: les infeccions respiratòries recurrents en un pacient jove poden tenir diversos orígens, com immunodeficiències, patologies neuronals o asma. Una de les causes freqüents que hem de tenir en compte és el reflux gastroesofàgic i la possibilitat que es produeixin microaspiracions.

Si bé és cert que el cultiu d'esput no és una prova rendible en aquest tipus de simptomatologia, en ocasions pot ser útil per ajudar en el diagnòstic etiològic i així poder administrar el tractament adequat.

JESSICA ANCÍN MARTÍNEZ DE ESPRONCEDA
ISRAEL MELERO HERRERAS
ANA PILAR SANZ COLLADO
IRINA HERNÁNDEZ MEDINA
ENRIC ARAGONÈS BENAIGES

Contacte:
jamartinez.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7504

Análisis de los tratamientos prolongados con antidepresivos en pacientes de atención primaria

Objetivo: analizar las características de los pacientes con tratamiento antidepresivo crónico en atención primaria y aquellos tratamientos antidepresivos crónicos potencialmente inadecuados en los cuales podría considerarse su retirada.

Material y métodos: estudio descriptivo basado en una revisión transversal y retrospectiva de historias clínicas de pacientes de atención primaria de cinco investigadores de tres áreas básicas de salud urbanas, con una muestra representativa de 300 pacientes. Los criterios de selección incluyen pacientes con tratamiento antidepresivo crónico (con una duración de 12 o más meses). La variable principal a estudio fue definir el tratamiento potencialmente inadecuado. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario a cumplimentar con características del paciente y con comorbilidades físicas y psiquiátricas. Se calculó también el índice de Charlson y la carga anticolinérgica del tratamiento, valorada con escalas como la Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) o el Drug Burden Index (DBI).

Se utilizó una base de datos mediante Microsoft Access y posteriormente se realizó estadística descriptiva con análisis bivariados, utilizando para ello análisis con ji cuadrado para variables categóricas y t de Student para variables continuas. Se realizó un análisis multivariado con SPSS con un nivel de confianza con una p inferior a 0,05.

Resultados: la prevalencia de tratamientos antidepresivos en atención primaria es del 9,11%. La proporción de tratamientos antidepresivos crónicos es del 75%.

Se ha observado que aproximadamente el 50% de los pacientes cumplen criterios para considerarse como potencialmente inadecuados (TPI) y el otro 50% como no potencialmente inadecuados (no TPI).

Conclusiones: uno de los objetivos planteados era la cuantificación en atención primaria de los tratamientos crónicos para la identificación de casos potencialmente inadecuados. El 50% de los pacientes, aproximadamente, cumple criterios para considerarse como potencialmente inadecuados y valorar su retirada. se ha de incorporar la desprescripción en la práctica diaria de atención primaria.

SONIA CASTRO LÓPEZ
MARIA ÀNGELS ROVIRA BONET
GISELA REYES GALLARDO

Contacte:
soniacastro.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7505

Síndrome de tako-tsubo, la gran imitadora, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: urgències, cardiologia, atenció primària (AP).

Motiu de consulta: dolor toràcic.

Història clínica: enfocament Individual. Antecedents Personals: hipertensió arterial, dislipèmia, trastorn adaptatiu, reflux gastroesofàgic.

Anamnesi: dona de 83 anys que consulta a urgències per dolor toràcic en repòs d'hores d'evolució.

Exploració Física: TA 81/45 mmHg, eupneica, auscultació pulmonar i cardíaca normal, no IVJ, no edemes.

Proves Complementàries: electrocardiograma: RS, HBA, ST elevat a cara anterior. Analítica: hemoglobina 11 g/dl, LDL 101, troponines màximes 1.133.

Enfocament familiar i comunitari: nivell social mitjà, vídua, bon suport familiar.

Diagnòstic diferencial: judici clínic: infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST). Diagnòstic diferencial: pericarditis, tromboembolisme pulmonar, dissecció aòrtica, espasme esofàgic, colecistitis aguda.

Tractament: se sospita IAMEST Killip I i es realitza coronariografia que no mostra lesions significatives i ecocardiograma amb disfunció ventricular i FE de 33%. S'orienta el quadre com a síndrome de tako-tsubo i s'inicia tractament amb inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina i blocadors beta.

Evolució: el curs vinent va ser favorable. A l'alta va seguir controls a cardiologia i AP. L'electrocardiograma va anar evolucionant durant el seguiment: inicialment mostrava elevació de l'ST de cara anterior amb aparició posterior de T cada vegada més profundes, fins als 10 mm en el primer electrocardiograma de control en AP. Progressivament van anar reduint la seva profunditat fins a normalitzar-se en l'últim electrocardiograma 8 mesos després. Un ecocardiograma de control va mostrar FE normal del 73%.

Conclusions: la síndrome de tako-tsubo és una miocardiopatia induïda per estrès físic o emocional, tot i que els seus mecanismes fisiopatològics precisos són desconeguts. Es caracteritza per un quadre agut que pot ser indistingible d'una síndrome coronària aguda, amb símptomes, analítica i canvis electrocardiogràfics similars a l'IAMEST, però sense lesions significatives en la coronariografia. Atès el seu bon pronòstic i l'absència de lesions coronàries, les alteracions electrocardiogràfiques evolutives no han d'alarmar el facultatiu d'AP.

CAROLINA OLIVER MOLLA
ALBA PASCUAL GINER
JUDITH GINESTA GIL
IRENE RODRÍGUEZ
ANDREA CATALÁN
MIREIA JORDÀ

Contacte:
carol.o.m@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7506

Doctora... ¡¡Tengo la mano fría y estamos a 40 grados!!

Mujer de 56 años que acude a la consulta por dolor súbito en mano derecha de 3 h de evolución, asociado a sensación de frialdad, parestesias y debilidad que progresa en sentido ascendente.

Sin antecedentes personales, a excepción del tabaquismo.

Exploración física: estabilidad hemodinámica. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos audibles, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: no se palpa masa pulsátil. Extremidad superior derecha: mano derecha de coloración más pálida y fría respecto a extremidad contralateral. Relleno capilar lento >2 s. Pulso radial y cubital derecho no palpable. No déficit motor ni sensitivo.

En cuanto a pruebas complementarias en el centro de salud, se realizó un electrocardiograma que descartó probable origen cardioembólico, tras lo cual se decidió derivación a medio hospitalario y se orientó como isquemia arterial aguda espontánea de la extremidad superior derecha.

Como diagnóstico diferencial nos planteamos: trombosis venosa profunda, accidente cerebrovascular, síndrome del desfiladero torácico o cervicobraquialgia.

Tras la valoración por cirugía vascular se completa estudio con eco-Doppler que confirma ausencia de pulsos periféricos, y se procede a continuación a revascularización urgente por trombectomía transhumeral (Fogarty).

La evolución posterior es favorable. Se recuperan los pulsos distales sin secuelas y se mantiene en los 6 meses siguientes tratamiento anticoagulante. Se realizó estudio cardiológico (ecocardiograma y Holter), estudio vascular (eco-Doppler) y estudio hematológico para trombofilias: se objetivó aumento del factor VIII.

En conclusión, la isquemia arterial aguda es una emergencia médica cuyo diagnóstico se basa en la clínica y la exploración física, con el apoyo de los antecedentes patológicos que nos ayuden a filiar el origen trombótico o embolígeno. Ante su sospecha se debe derivar urgentemente al hospital antes de las 6 h, y realizar previamente un electrocardiograma para descartar una causa embolígena. El tratamiento se basa en anticoagulación e intervención quirúrgica/embolectomía. Posteriormente al estudio etiológico se requerirá seguimiento en atención primaria para el control de los factores de riesgo cardiovascular, incidiendo en el tabaquismo.

JULIA DE RIBA MARTÍNEZ
SONIA CASTRO LÓPEZ
GISELA REYES GALLARDO

Contacte:
soniacastro.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7508

No tot és el que sembla, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària (AP), urgències, cirurgia vascular.

Motius de consulta: lumbociatàlgia.

Història clínica: enfocament Individual. Antecedents Personals: tabaquisme, dislipèmia, discopatia L2-L3, radiculopatia bilateral L5 crònica.

Anamnesi: pacient de 42 anys que, en control d'incapacitat laboral per trastorn adaptatiu, refereix lumbociatàlgia de predomini esquerre. El dolor radicular es localitza als panxells i el limita per a l'activitat física. Està pendent d'una visita amb el fisioterapeuta privat per la semblança amb episodis previs.

Exploració física: palpació apòfisis espinoses i musculatura lumbar no doloroses, flexió i marxa punta-taló no limitades, Lassègue i Bragard negatius. No signes isquèmia.

Proves complementàries: cap inicialment.

Enfocament familiar i comunitari: nivell social mitjà, actiu laboralment. Judici clínic: lumbociatàlgia.

Diagnòstic diferencial: neuropatia.

Tractament: es va iniciar tractament analgèsic i miorelaxant sense millora. Se sol·licita ressonància magnètica i electromiograma pels antecedents. Progressivament empitjora el dolor i apareixen parestèsies. Mala evolució. Es reinterroga el pacient per valorar altres diagnòstics. L'evolució dels símptomes fa pensar en claudicació vascular. Exploració: no signes d'isquèmia aguda, però dificultat per a palpació dels polsos a l'extremitat inferior esquerra. Un ITB resulta patològic i analítica LDL 220. S'inicia estatina i stop tabaquisme; derivació a cirurgia vascular urgent.

Evolució: dies abans de visita amb especialista pateix bruscament un dolor continu, anestèsia, fredor i canvis en la coloració a la part distal de l'extremitat. A urgències s'objectiva obstrucció aguda d'arteries femoral comú i superficial, esquerres, i és sotmès a *by-pass* femoropopliti amb millora progressiva del dolor i signes d'isquèmia.

Conclusions: la lumbociatàlgia és un motiu de consulta freqüent en AP. No obstant això, es poden produir símptomes similars en el context d'una vasculopatia perifèrica. En pacients amb perfil de risc cardiovascular elevat i sobretot si la resposta al tractament habitual de lumbociatàlgia no és l'adequada s'ha de considerar la possibilitat d'una vasculopatia perifèrica i iniciar els estudis diagnòstics pertinents.

CHARINEL RIVERA
ISABEL LEGAZPI
VERONICA ALFONSO

Contacte:
charinelrivera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7509

Oops..! No era una esofagitis, és una SCASEST. Dolor toràcic atípic

Motivo de consulta: molestia toràcica de tipo pinchazos, eructos.

Antecedentes patològics: esofagitis por enfermedad por reflujo gastroesofágico, esfago de Barret. No factores de riesgo cardiovascular conocidos.

Enfermedad actual: hombre de 59 años que consulta telefónicamente a su médico de cabecera por presentar desde hace 24 h molestia toràcica. La describe como pinchazos no irradiados, sin vegetativo asociado, no disnea. Mejora con eructos y con la toma de paracetamol. Molesta tanto en reposo como en actividad física de duración de 10-15 minutos. No otra clínica asociada.

Se recomienda al paciente acudir al servicio de urgencia para descartar patología cardíaca aguda.

A su llegada al centro de salud se realiza exploración física: buen estado general, piel seca y caliente. Hemodinàmicament estable, conscient i orientat, eupneic. Auscultaciones cardíaca y respiratoria sin alteración. No ingurgitación yugular ni edemas en declive.

Evolución clínica: se le realizó un electrocardiograma. Se objetivan leves cambios respecto a los previos, por lo cual se decide remitir al siguiente nivel asistencial para su evolución.

Durante la estancia en el hospital presenta nuevo episodio de dolor que cede con nitroglicerina EV y se objetiva elevación de marcadores de daño miocárdico. (TnThs: 1,174). Ingresar como infarto agudo de miocárdio (IAM) sin elevación del ST Killip I.

Se realiza coronariografía que muestra lesiones angiográficamente significativas a nivel de la DA y Bx, que se revasculariza percutáneamente con implantes de stents farmacológicos sin incidencias.

Presenta un buen curso evolutivo sin recidiva anginoso y tolerando el tratamiento de prevención secundaria.

Conclusión: como ya es conocido, parte del diagnóstico diferencial de un espasmo esofágico es descartar el síndrome coronario agudo. El paciente asociaba los eructos y molestias esofágicas con el propio diagnóstico digestivo y no a nivel cardíaco, también porque tampoco nunca sintió el dolor típico e intenso del IAM. Como clínicos, debemos estar alerta siempre para descartar la gravedad de estos síntomas que nos pueden sesgar el diagnóstico.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CRISTINA VILLALOBOS ANDREU
SANDRA PLA SERÓ
MARTA DELIA CÁRDENAS RAMOS

Contacte:
cvillalobosandreu@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7510

Una lesió, múltiples òrgans

Àmbit cas: centro de atención primaria (CAP).

Motivo consulta: dolor pierna.

Historia clínica: antecedentes patológicos: sobrepeso. Natural de Ecuador, trabaja en residencia.

Anamnesis: mujer de 54 años, consulta por dolor y tumefacción en la zona pretibial tras traumatismo hace 2 meses. Se orienta como celulitis y se trata. Reconsulta 15 días más tarde por aparición de astenia y disnea a grandes esfuerzos. Persistencia de las lesiones en rodilla y aparición en el tobillo. Se orienta como probable eritema nodoso.

Exploración física: extremidades inferiores: 4 lesiones nodulares, palpables, eritematosas, dolorosas y circulares en cara pretibial de 1-3 cm. Extremidad inferior derecha: placa eritematosa, sobreelevada, caliente y dolorosa a la palpación, de unos 2 cm x 5 cm en cara anterolateral de rodilla.

Pruebas complementarias: CAP. Analítica: antiestreptolisina positiva, PCR y VSG elevadas, serologías (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, hepatitis, VIH) negativas. Radiografía de tórax: aumento hilar bilateral compatible con adenopatías bilaterales.

Hospital: prueba tuberculina + interferón: negativas. Analítica: ECA 177 U/l. Biopsia cutánea: granulomas no necrotizantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: paciente con clínica cutánea y, posteriormente, aparición de sintomatología respiratoria. Dada la ausencia de mejoría de las lesiones con antibioticoterapia y la aparición de clínica respiratoria se decidió solicitar radiografía de tórax. Ante probables adenopatías biliares se plantearon diagnósticos como tuberculosis, sarcoidosis, linfoma y metástasis.

Tratamiento, planes de actuación: el servicio de medicina interna llevó a cabo la ampliación del estudio con prueba de tuberculina y analítica. Valorada también por dermatología pautando hidroxiquina y Clovate® para las lesiones. Pendiente del estudio de la disnea de esfuerzo.

Evolución: se inicia tratamiento dermatológico de forma ambulatoria y mejora el aspecto de las lesiones. Pendiente de las pruebas funcionales respiratorias.

Conclusiones: la sarcoidosis es una enfermedad compleja con múltiples comorbilidades asociadas que cambian según el número de órganos y la intensidad de su afectación. Las lesiones en la piel pueden ser un síntoma precoz de afectación sistémica asintomática. Es fundamental que, ante la presencia de lesiones cutáneas indicativas, el médico de familia inicie el estudio dirigido a confirmar la sospecha diagnóstica. El inicio de un tratamiento sistémico dirigido puede prevenir futuras complicaciones.

MIREIA JORDA BELLO
ANNA BENAVIDES BOIXADER
MONTSERRAT CIURANA TEBE

Contacte:
mireia_jorda_bello@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7512

Doctor, continuo sense poder caminar

Atenció primària + hospitalària.

Dolor pelvià.

Dona de 96 anys, dislipèmia, trastorn depressiu, autònoma, sense deteriorament cognitiu.

Presenta caiguda des de la pròpia alçada al domicili amb dolor i immobilització d'espalla dreta pel qual consulta. En l'exploració: tumefacció i impotència funcional de braç dret sense dèficits neurovasculars. Es deriva a urgències de traumatologia.

Radiografia de tórax: normal. Radiografia de pelvis: informa signes degeneratius. Radiografia de braç dret: fractura incompleta de l'húmer dret.

Davant el diagnòstic de fractura incompleta d'húmer dret es realitza reducció i col·locació de cabestrell i es deriva a domicili amb analgèsia i posterior seguiment a consultes externes. Una setmana després reconsulta per persistència de dolor a zona pèlvica amb impotència per tolerar els canvis posturals i bipedestació. Es realitza valoració a domicili. En l'exploració de l'extremitat inferior esquerra: no escurçament, no rotació, no hematoma, dolor a la palpació de la musculatura crural anterior, pot realitzar moviments de flexoextensió de forma passiva, dolor a la palpació de branques isquiopúbiques. S'orienta com a possible esquinç muscular versus fractura isquiopúbica, i es prescriu analgèsia. En el control a consultes externes de traumatologia es realitza nova radiografia de pelvis on s'objectiva fractura peritrocantèrica de fèmur esquerre (ja present en la primera radiografia realitzada a urgències). Queda ingressada per intervenció quirúrgica i es realitza osteosíntesi de la fractura femoral.

Diagnòstic diferencial: artrosi de maluc, artritis inflamatòria, fractura de maluc, necrosi avascular, sinovitis de maluc, neoplàsia primària o secundària, patologia muscular, bursitis trocantèrica.

Orientació diagnòstica: fractura d'húmer dret i fractura peritrocantèrica del fèmur esquerre detectat 10 dies després.

Conclusiones: tot i no objectivar a priori una fractura a la radiografia, els falsos negatius poden ser-hi presents, ja sigui per problemes relacionats amb la pròpia radiografia com amb els professionals. Davant el dubte sobre la presència o no d'una fractura cal basar-nos sempre en la clínica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MIREIA JORDA BELLO
ANGELICA PAOLA MAIMONE FARIAS
MONTSERRAT CIURANA TEBE

Contacte:
mireia_jorda_bello@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7513

Doctor, hi veig doble d'un ull

Àmbit del cas: atenció primària + hospitalària.

Motiu de consulta: diplopia.

Dona 85 anys amb hipertensió arterial, dislipèmia, estenosi aòrtica greu i osteoporosi.

Consulta al CAP per visió borrosa i diplopia d'ull dret d'una setmana d'evolució. En l'exploració neurològica: funcions superiors conservades, diplopia monocular dreta, no nistagmes, resta normal. Força i sensibilitat conservada. Es consulta amb oftalmologia i es deriva de forma preferent.

Reconsulta a urgències de l'hospital 3 setmanes després per diplopia, que atribueix a ull dret i posterior ptosi palpebral. Nega dispnea, no alteracions cervicals ni alteracions a les extremitats superiors. En l'exploració: ptosi palpebral bilateral, més esquerra que dreta, que millora amb repòs; diplopia binocular vertical a la mirada dreta, sense oftalmoparèsies, amb maniobres de fatigabilitat positives. Resta normal.

Proves complementàries: electrocardiograma, radiografia toràctica, tomografia computada toràctica i analítica normal. L'electromiograma mostra disfunció postsinàptica de placa motora per miastènia gravis ocular, i no es troben alteracions a les extremitats superiors.

Diagnòstic diferencial: inicialment es va orientar com una diplopia monocular i es contemplaren com a diagnòstic diferencial diverses patologies oculars. Davant l'evolució es revalora tenint en compte les següents patologies: estrabisme, paràlisi o parèsia de nervis oculomotors, patologia del sistema nerviós central, malalties de la placa neuromuscular i altra patologia tiroïdal o mecànica dels músculs extraoculars.

Orientació diagnòstica: es diagnosticà de miastènia *gravis*. Passades unes setmanes, la pacient va ser valorada per oftalmologia i es diagnosticà cataracta a l'ull dret.

Evolució: s'inicia tractament amb Mestinon® i millora parcialment la clínica de ptosi, fet pel qual estem augmentant les dosis segons la tolerància.

Conclusions: davant d'una consulta de diplopia caldrà distingir entre binocular o monocular amb Cover test. En la diplopia monocular, la causa més freqüent és oftalmològica (cataracta majoritàriament) i és la causa més greu el tumor occipital. En tota diplopia monocular cal valorar la bilateralitat.

JIUN ISABEL ZHANG YIM
MARIA DOLORES MORENO ANDÚJAR
NURIA DOMEDÉL
CLARA PERIS ESTANY

Contacte:
isazhangyim@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7515

Més que una síndrome depressiva

Dona de 69 anys amb antecedents d'asma al·lèrgic, hipertensió arterial, hipotiroïdisme i obesitat. El tractament habitual és hidroclorotiazida, salbutamol, budesonida, Dexa-tavegil® (antihistamínic) i Eutirox®.

Consulta l'agost de 2013 per hipoorèxia, astènia, tristesa, apatia i fatiga, acompanyades de pèrdua ponderal de 4 kg en 15 dies. A més, disfonia i empitjorament de la seva rinitis de base. Es prescriu prednisona durant 5 dies per sospita d'empitjorament de l'al·lèrgia. Reconsulta al cap de 3 setmanes per persistència de la clínica d'anorèxia, anhedònia, tristesa i fatiga. A més, refereix sequedat bucal, augment de la congestió nasal i rinitis. Comenta que han retirat de la farmàcia el Dexa-tavegil® (antihistamínic) que li anava molt bé i que portava gairebé 15 anys prenent.

Davant el quadre clínic es prescriu Fortecortín® i es deriva a endocrinologia per sospita de insuficiència suprarenal secundària a presa de corticoides crònics. En les següents visites amb endocrinologia es confirma per determinació dels nivells de cortisol i ACTH una insuficiència suprarenal secundària a retirada sobtada del Dexa-tavegil® (conté dexametasona). Es decideix substitució progressiva de Fortecortín® per Hidroaltesona®.

La insuficiència suprarenal (ISR) és una síndrome causada pel dèficit de producció o secreció de glucocorticoides. L'etiologia pot ser primària o secundària. Una de les principals causes de la ISR és l'administració exògena de glucocorticoides per via oral, tòpica o inhalada. Tot i ser una patologia poc freqüent, és primordial tenir en compte aquest antecedent per tenir una sospita clínica i oferir el tractament a temps, ja que una crisi adrenal es considera una emergència mèdica que pot tenir conseqüències deletèries per a la salut. Tanmateix, la insuficiència suprarenal crònica caldrà tractar-la amb Hidroaltesona® com a corticoide d'elecció enfront d'altres com Fortecortín®. La Hidroaltesona® té una vida mitjana curta, que permetrà reduir els efectes secundaris de mantenir el cortisol actiu en el cos.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CLARA PERIS ESTANY
M. JÚLIA PAJARES BOCANEGRA
POL ADMELLA CLANCHET

Contacte:
cperisestany@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7516

La punta de l'iceberg

Àmbit: atenció primària (AP).

Motivo consulta: masa abdominal.

Historia clínica: hombre de 55 años, fumador. Dislipemia (estatinas), hipertensión arterial (sin tratamiento), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS); mala tolerancia a la presión positiva en las vías respiratorias (CPAP) y hernia discal (tramadol).

Anamnesis: aparición de masa abdominal de evolución desconocida. Posible pérdida ponderal.

Exploración física: abdomen blando depresible, tumoración dura, no dolorosa, inmóvil, fosa ilíaca izquierda 3 cm.

Ecografía clínica en consulta: imagen situada a nivel del recto anterior. Con sonda lineal identificamos una estructura nodular hipoecoica heterogénea no vascularizada, no cambia al toser, sin poder definir su naturaleza.

Pruebas complementarias: analítica normal. Tomografía computarizada toracoabdominal: metástasis mesentéricas, retroperitoneales, musculares y suprarrenal izquierda. Lesión del recto anterior accesible con biopsia percutánea. Lesión del hilio derecho de 17 mm, irregular, como diagnóstico diferencial adenopatía o lesión pulmonar (posible primario pulmonar). Adenopatías supraclaviculares derechas, mediastínicas, la mayor es subcarinal. Antecedentes personales: carcinoma pobremente diferenciado. Diagnóstico diferencial de origen: biliopancreático, pulmonar o menos probable gástrico. Tomografía por emisión de positrones (PET-TAC): lesiones hipermetabólicas en el suelo de la boca, hilio derecho (posible primario pulmonar), diafragma derecho, gástricas, suprarrenales, peritoneales, extraperitoneales, óseo (costillas y escápula), sugestivas de metástasis. Incontables lesiones hipermetabólicas musculares: extremidades y tronco. Destaca un psoas ilíaco derecho y otra músculo anterior, centro ametabólico (necrosis). Hipermetabolismo proceso uncinado pancreático (adenopatía vs. primario). Adenopatías hipermetabólicas torácicas, retroperitoneal, abdomen superior.

Juicio clínico inicial, diagnóstico diferencial: neoplasia abdominal, pélvica o muscular. Por localización, hernia.

Tratamiento y actuación: derivado a hospital. Seguimiento y estudio con oncología. Diagnosticaron carcinoma pobremente diferenciado con probable origen pulmonar en estadio IV, afectación ganglionar, muscular, suprarrenal y ósea. Inició de quimioterapia con 6 ciclos con respuesta parcial.

Evolución: ingreso con empeoramiento cognitivo: carcinomatosis meníngea y metástasis cerebrales. *Exitus* 28/8/21, 7 meses después del síntoma inicial.

Conclusiones: la AP es clave para el diagnóstico precoz de enfermedades de mal pronóstico. La ecografía es una herramienta fácilmente accesible y con resultados inmediatos. Nos permite ser más resolutivos (no necesidad de repetir ecografía). Es un apoyo para tomar decisiones y priorizar el estudio de un paciente y evitar la demora del diagnóstico.

BERTA RICO BENAIGES
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
DANIEL BRON BUTERA

Contacte:
bertarb23@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7520

La clave está en la anamnesis

Àmbit: atenció primària (AP).

Motivo de consulta: ardor.

Hombre 70 años. Acude al centro de AP por quemazón en ambos hemitórax. Antecedentes familiares: cardiopatía isquémica en padres y hermano. Antecedentes personales: exfumador y dislipemia en tratamiento con cumplimiento errático.

Esta mañana notó sensación de quemazón en ambos hemitórax con dolor mandibular (no irradiación), sin cortejo vegetativo. No claro reflujo gastroesofágico (RGE).

Exploración y pruebas complementarias: exploración física: hemodinámicamente estable con buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Electrocardiograma (molestia): FC 53 lpm con bloqueo completo de rama derecha (BRDHH) ya conocido sin cambios respecto a previos.

Juicio clínico: pese a la estabilidad, falta de cambios en el electrocardiograma y la presentación atípica del dolor, llama la atención el dolor mandibular, que no permite descartar un síndrome coronario agudo (SCA).

Diagnóstico diferencial: nos podemos plantear SCA, RGE, síndrome aórtico agudo, tromboembolismo pulmonar, costochondritis, ansiedad.

Tratamiento y plan de actuación: por antecedentes y características del dolor se decidió traslado al hospital para descartar SCA.

Evolución: en el hospital se mantiene el electrocardiograma sin cambios. Exploración física, radiografía y analítica normal. Curva troponinas (VN <14 ng/dl) positiva con pico de 964 ng/dl. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con contractilidad ligeramente deprimida y segmentariamente acinesia inferior basal y discinesia posterior basal, FEVI 51%. Ateromatosis ligera de cayado pared posterior. Coronariografía: lesión OM grave considerada culpable del cuadro. Se confirma infarto agudo de miocardio sin elevación de ST killip I con manejo médico por vaso distal de pequeño calibre.

Conclusiones: el dolor torácico es un motivo de consulta con múltiples etiologías. Algunas suponen un riesgo vital, como el SCA. Este se presenta típicamente como dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula, cuello, brazos, epigastrio y cortejo vegetativo. Son síntomas atípicos: dolor torácico agudo, pleurítico, ardor o escozor; fatiga; dolor de la parte superior de la espalda, cuello, mandíbula, brazo, hombro o epigastrio; mareos/sincope; palpitaciones o indigestión. En casos atípicos como este se evidencia la importancia de una buena anamnesis, ya que finalmente es lo que determina la actuación a seguir.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BERTA RICO BENAIGES
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
IONE MEJÍA GUZMAN

Contacte:
bertarb23@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7521

Hidropesía vesicular

Àmbit del caso: atenció primària (AP).

Motius de consulta: dolor abdominal.

Hombre 83 años. Antecedentes: diabetes *mellitus* de tipo 2, arteriopatía periférica, úlcus gástrico intervenido en dos ocasiones y poliopectomía de adenomas tubulares con displasia epitelial de bajo grado.

Anamnesis: dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de ligera intensidad desde hace unos días. Esta mañana agudización del dolor, que se acompaña de diaforesis, náuseas y vómitos biliosos, por lo que acude al centro de AP.

Exploración y pruebas complementarias: exploración física: TA 200/172 mmHg. BM test: 397 mg/dl. Diaforético, pálido con mal estado general. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos, soplo aórtico. Auscultación pulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación con defensa. Electrocardiograma: taquicardia sinusal con bloqueo completo de rama derecha (BRDHH) ya conocido. Ecoscopia abdominal: Murphy ecográfico. Vesícula biliar dilatada con varias litiasis en el interior, una de gran tamaño. No se aprecia dilatación de la vía biliar, no dilatación aórtica.

Juicio clínico: ante la anamnesis, los hallazgos clínicos y ecográficos se orienta como hidropesía vesicular y colecistitis aguda.

Diagnóstico diferencial: colecistitis enfisematosa, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda, coartación aorta.

Tratamiento y plan de actuación: se administró captopril para disminuir TA y metamizol como analgésico. Derivación a hospital.

Evolución: en hospital es valorado por cirugía. En la analítica presenta leucocitosis, elevación transaminasas y patrón de colestasis. Se decide ingreso. Ecografía abdominal: vesícula biliar muy hidrópica (el *fundus* llega casi a la cresta iliaca derecha), aprox. 14 cm x 6 cm x 5,5 cm, con barro biliar y litiasis. Paredes delgadas sin signos de edema valorables actualmente, sin embargo, con dolor a la presión coincidiendo con *fundus* vesicular. No hay colecciones perivesiculares. A valorar colecistitis aguda incipiente. El 07/10/2021 colecistectomía laparoscópica con posterior buena evolución.

Conclusiones: la disponibilidad de ecografía clínica en AP permite un diagnóstico diferencial más preciso y como consecuencia un manejo más dirigido y adecuado para el paciente.

ISABEL BECERRA LÓPEZ
LUCÍA ARIAS ALONSO
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ
ANTÍA FRAGA FRAGA

Contacte:
isaesisabel@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7522

La privación de libertad en prisión. Consecuencias en salud y retos invisibilizados

Objetivos: visibilizar esta realidad. Promover el debate para reflexionar y mejorar la atención médica ofrecida y la coordinación entre atención primaria (AP) y centros penitenciarios (CP).

Descripción: en Cataluña más de 10.000 personas viven en CP. 68.000 personas en todo el territorio estatal. El 7% son mujeres. Casi 23.000 no nacieron en España. Vivir privado de libertad tiene implicaciones biomédicas y socioculturales. En estas situaciones es complejo mantener la longitudinalidad, integralidad, accesibilidad y coordinación que deberían caracterizar la AP.

Desde la experiencia como médicas de familia y comunitaria (MFyC) en un barrio urbano con índice socioeconómico bajo, *ergo* alta prevalencia de personas privadas de libertad, se describen percepciones, limitaciones y oportunidades a plantear desde AP.

Conclusiones: es imprescindible establecer un flujo comunicativo ágil entre sanitarias de AP y CP para mejorar el acompañamiento del entorno y asegurar un entendimiento y continuidad cuando el paciente regresa al barrio.

La atención sanitaria ha de estar integrada física y conceptualmente dentro del sistema público de salud para facilitar trámites: programas informáticos comunes, interconsultas y pruebas diagnósticas, atención urgente, comunicación y cercanía con familiares.

Aplicabilidad: la coordinación AP-CP es ampliamente formativa y sirve de guía a las MFyC para interpretar de manera dirigida malestares físicos y psíquicos del paciente tras periodos de privación de libertad.

En la consulta es positivo no conocer el delito cometido. Evitar contratrasferencias y tratar del mismo modo a todos los pacientes, libres o detenidos. Salvo excepciones, respetar la intimidad al explorar, sin terceras personas observando continuamente (p. ej., fuerzas del orden público). Entender que detrás de un "alta voluntaria" o "no presentado" no siempre hay "dejadez" por la salud: miedo a ser robado en el CP, pérdida de posición social, un vis a vis o, simplemente, no tener suficiente tabaco durante la estancia en urgencias o el ingreso hospitalario.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IGNACIO AUSINA GARCIA
ARIADNA DE GENOVER GIL
LAIA VIÑAS TERRIS
DOLORS FERNÁNDEZ PUNSET

Contacte:
ausina1naxo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7525

Un dolor abdominal d'evolució atípica. Gastroenteritis eosinofílica, quan hem de pensar en aquesta malaltia rara?

Home de 43 anys, sense antecedents medicoquirúrgics coneguts, acudeix a la nostra consulta per epigastràlgia de 2 setmanes d'evolució amb distensió abdominal sense trastorns del ritme deposicional, nàusees o vòmits. En l'exploració física sense alteracions. Es va realitzar una analítica de sang, una anàlisi de femta amb calprotectina, *Helicobacter pylori* i paràsits, així com una ecografia abdominal ambulatoria. Inicià tractament amb omeprazole i *Plantago ovata*.

Els resultats destacaven una hipereosinofília a l'analítica i una ascites a l'ecografia, on és recomanava completar l'estudi amb una tomografia computada (TAC) abdominal que es va sol·licitar. El pacient va començar amb alteració del ritme deposicional amb restrenyiment i diarrees, motiu pel qual va acudir a un centre privat per avançar la realització del TAC, que va confirmar l'ascites a més de signes suggestius de suboclusió intestinal.

Per les troballes radiològiques i l'empitjorament clínic es va decidir ingress al servei de digestiu. Es va fer una fibrogastrosccòpia i una biòpsia que va permetre el diagnòstic de gastroenteritis eosinofílica (GE). El tractament es va realitzar amb prednisona 40 mg/dia, amb una bona resposta.

La GE és una malaltia rara, caracteritzada per un infiltrat eosinofílic de les diferents capes de la paret del tub digestiu. És important remarcar que la clínica està supeditada a la capa afectada. Per al seu diagnòstic cal demostrar la presència d'infiltrat eosinofílic, l'absència d'afectació d'altres òrgans i l'absència d'altres causes d'eosinofília. La nostra funció com a metges d'atenció primària és realitzar les proves necessàries per a un correcte diagnòstic diferencial.

El cas que presentem, a diferència de la bibliografia existent en què la presentació més habitual d'aquesta entitat és l'afectació d'una de les capes de la paret del tub digestiu, presentava infiltració de totes les capes i per això es va manifestar amb dolor abdominal i diarrees (mucosa), suboclusió (muscular) i ascites (serosa).

ESTEL CALL ALSINA
ANNA NIERGA LLANDRICH
VIOLETA URIACH TIMONEDA
CARMÉ PÁEZ REGADERA
ALEX DEL RÍO ORTIZ
ENRIC ESTÉVEZ ROVIRA

Contacte:
ecallalsina@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7526

Burn-out. La nova pandèmia de l'atenció primària?

Objectiu: conèixer la prevalença del *burn-out* al nostre centre.

Pacients i mètode: a finals de desembre 2021, amb la sisena onada de la COVID-19 s'envià mitjançant el correu corporatiu un qüestionari anònim que incloïa l'enquesta validada per a *burn-out* de Maslach i dades epidemiològiques de tots els treballadors (directius, sanitaris i administratius) del nostre centre.

Criteri d'inclusió: treballadors del centre de manera assistencial o organitzativa en el context de la pandèmia de COVID-19 l'últim any.

Criteri d'exclusió: treballadors que no han treballat l'últim any i personal no assistencial ni administratiu.

Resultats: N = 83 (92,22% del personal enquestat), dels quals el 49,39% tenen *burn-out*.

D'aquests, el 56% dels metges/esses, el 43% dels infermers/eres, el 55% del personal administratiu i el 37,5% de la resta d'estaments (TCAI, odontologia, TS i psicologia).

Un 19,51% han treballat a l'atenció primària <5 anys, un 9,5% entre 5-10 anys, un 43,9% entre 10-20 anys i un 26,82% >20 anys.

El 46,15% són dones i el 55,55% són homes.

Conclusions: en primer lloc, cal destacar que la prevalença de *burn-out* al nostre centre és de pràcticament el 50% del personal enquestat.

Segons aquest estudi, el perfil de risc de patir *burn-out* és home, metge o administratiu que porti treballats en atenció primària entre 10 i 20 anys, sense menysprear els percentatges d'infermers/eres i dones que pateixen *burn-out*.

En definitiva estudis com aquest haurien de servir per valorar el *burn-out* com un problema de salut prevalent i alarmant entre del personal d'atenció primària; prendre les mesures adients de prevenció, tant a nivell intern dels centres com a nivell dels organismes directius de sanitat, i fer una demanda activa per part del personal d'atenció primària de formació específica per a la prevenció del *burn-out*.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NOEMI GAYOSO GIL
NATALIA MARÍN MONCADA
PILAR PÉREZ MUÑOZ

Contacte:
noemigagi01@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7527

Del vertigen a la hidrocefàlia

Àmbit: atenció primària i urgències.

Motiu de consulta: mareig.

Història clínica: home 80 anys. Antecedents: diabetis *mellitus* (DM), hipertensió arterial, dislipèmia, lumbàlgia, neoplàsia de pròstata (2001), incontinència urinària d'esforç.

Consulta per mareig rotacional de 5 dies d'evolució, intensificat amb canvis posicionals.

Inicialment vòmits. Cefalea de 2 dies, autolimitada. Orientació inicial: vertigen.

Tractament: sulpirida sense millora.

Otoscòpia: cerumen bilateral. Neurològicament: descoordinació de la mà esquerra. Marxa inestable, atàxica, amb augment de la base de sustentació. Romberg lateralitzat esquerra. Nistagme horitzontal.

Reinterrogat: pèrdues de memòria i incontinència urinària de 2 mesos d'evolució.

Derivat a urgències: tomografia computada cranial mostra hidrocefàlia en relació amb atròfia difusa, sense poder descartar hidrocefàlia normotensiva per l'augment de volum dels ventricles laterals desproporcionat respecte els signes d'atròfia.

Neurocirurgia considera la hidrocefàlia com a troballa, no com a causa del vertigen. La valoració neuropsicològica conclou que el trastorn cognitiu subcortical lleu (dificultat en funcions executivoatencionals i dèficits mnèsics verbals), juntament amb la inestabilitat de la marxa i el trastorn esfinterià són suggestius d'hidrocefàlia crònica de l'adult.

Enfocament familiar i comunitari: es considera valoració per treballadora social i psicòloga del CAP. Per possible adaptació del domicili a necessitats posteriors a la cirurgia i la repercussió psicològica del deteriorament en el pacient i la família.

Judici clínic: hidrocefàlia normotensiva de l'adult.

Diagnòstic diferencial: processos intracranials com ara tumoracions i hemorràgies subagudes.

Tractament: Serc® 8 mg i taps retirats. Pendent de test d'infusió, per a col·locació de derivació del líquid intracranial.

Evolució: millora del mareig. Persisteix dèficit cognitiu, alteració marxa i incontinència. Amb el tractament, s'espera una millora progressiva dels símptomes.

Conclusions: la hidrocefàlia normotensiva de l'adult no és una malaltia habitual. L'envelliment progressiu de la població augmentarà la prevalença. És una causa tractable de demència i s'ha de tenir present. En el vertigen, la no resposta al tractament és signe d'alarma per revisar el diagnòstic. Així i els factors de risc del pacient (hipertensió arterial, DM, més de 50 anys) i les alteracions neurològiques ens enfoquen a causa d'origen intracranial.

LAURA SEGARRA FERNÁNDEZ
M^a CRUZ FUENTES BELLIDO
GISELA SOS BUITUREIRA
GLORIA CARCELERO ROMÁN

Contacte:
laura_segarra5@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7529

Preparats per a la formació virtual?

Objectiu de l'experiència: apropar la formació als professionals d'atenció primària (AP) en temps de pandèmia des de la unitat docent (UD).

Descripció: els R4 d'MFiC realitzen anualment un curs presencial d'actualització dels protocols de patologies prevalents en AP adreçat als R3. A l'inici de la pandèmia van crear una aula virtual a la plataforma Jitsmeet i un calendari de sessions quinzenals impartides pels MIR-4 i EIR-2, adreçades a totes les àrees bàsiques de salut docents. Es va informar a tots els directors d'equips d'AP, responsables de formació i residents de la UD per transmetre aquesta informació a tots els sanitaris per tal de poder participar en línia en les sessions de medicina i infermeria. L'horari de realització fou de 14 a 15 h. El mateix dia de les sessions s'enviaven recordatoris als residents per Whatsapp.

Conclusions: durant els quasi 2 anys de pandèmia, els residents han participat en l'elaboració dels protocols i han presentat les sessions mitjançant la plataforma virtual. L'apropament de la formació amb l'actualització de temes prevalents o innovadors, com l'aplicació de l'eutanàsia o l'abordatge de la cronicitat, no ha aconseguit la participació dels professionals en aquestes sessions formatives, i ens hem trobat amb una progressiva disminució de la connexió de professionals a les sessions fins a arribar a no aconseguir ni la connexió de la totalitat dels R3.

Entre les causes s'han descrit:

- El cansament dels professionals per la sobrecàrrega assistencial.
- La multiplicitat de seminaris web i cursos en línia oferts.
- Problemes tècnics i manca de material adequat en les consultes per a les connexions.
- El solapament d'activitats formatives de diferents entitats.

Aplicabilitat: la virtualització apropa la formació, però haurem de crear cultura i prioritzar el seu ús per augmentar la participació dels professionals. També cal millorar el material informàtic disponible a les consultes i als centres d'AP.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMA ESTRADA BANCELLS
ESTER TARRADAS PUÉRTOLAS
LAURA HERNÁNDEZ MART
JENNIFER GONZÁLEZ MUÑOZ
BLANCA ESTRADA TORRES
ESPERANZA GINÉS RUFÍ

Contacte:
gestrada@salutms.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7530

Comunicació efectiva. Eina de treball a l'atenció primària

Objectius de l'experiència:

- 1) Disminuir conflictes en la pràctica assistencial del dia a dia.
- 2) Treballar en equip i promoure la cohesió d'equip.
- 3) Millorar la creació de circuits de treball.
- 4) Solucionar disfuncions que es poden donar a la pràctica clínica.

Descripció de l'experiència: de moment, el projecte té aproximadament 21 mesos. Es van fer reunions mensuals i actes per poder reflectir a cada reunió solucions a les problemàtiques sorgides al dia a dia. Val a dir que entremig del projecte hi ha hagut la COVID-19 que ens ha fet aturar uns mesos les reunions. El grup està format per dues administratives, dues infermeres i dos metges de família.

Pel temps que portem en la comissió, tots els membres que en formen part han valorat de forma positiva aquesta manera de treballar.

Conclusions:

- 1) Millora de la comunicació amb els diferents companys de l'equip.
- 2) S'han pogut anar treballant diferents problemes i inquietuds de l'equip.

Aplicabilitat: creiem que pot ser una bona eina per a qualsevol equip sanitari per a la resolució de conflictes. En aquest temps ininterromput es tracta de:

- Ventilar sentiments i disminuir tensions.
- Emmarcar el conflicte.
- Determinar si s'han intentat solucions i com han resultat.
- Crear un clima de respecte mutu.
- Educar en el diàleg, la cooperació i el compromís.

En tota relació hi ha moments de conflicte, de percepcions diferents, de confrontació d'interessos... Perquè un conflicte no és més que una situació on diverses persones manifesten opinions, interessos, necessitats, etc. diferents i sovint oposats, i les emocions i els sentiments de cadascú hi tenen molt a veure. No hem de veure els conflictes com una situació negativa: són oportunitats d'aprendre, de millorar i de créixer.

Som conscients que hi ha aspectes a millorar.

MINERVA MAS HEREDIA
BIBIANA CONTRERAS RARIS
GEMMA FLORENSA REX
MERCÈ MAS GARCÍA

Contacte:
mmas1@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7534

Salut comunitària per a tothom. Una experiència de formació als companys

Objectiu: transmetre nocions bàsiques de salut comunitària a l'equip de primària.

Descripció: a partir de la formació en salut comunitària vam constituir el Grup Motor de Comunitària del Centre d'Atenció Primària, que ha treballat amb el territori per tal de realitzar el diagnòstic de salut comunitària. Posteriorment van ser les formadores del Curs d'Introducció en Salut Comunitària.

Per a la formació bàsica en salut comunitària vam distribuir 51 professionals en tres grups multidisciplinaris. Cada grup va realitzar dues sessions amb diverses dinàmiques de treball per trencar el gel i autoavaluar-se (termòmetre, debat: Que és per a tu la salut comunitària? Expectatives i pors) i casos clínics per realitzar una valoració biopsicosocial. A partir d'aquí vam treballar conceptes i elements clau en salut comunitària, implicacions en la consulta i en l'equip, Procés de Salut Comunitària i la seva situació a Catalunya.

Finalment, vam explicar l'experiència de diagnòstic de salut comunitària realitzada al nostre territori i vam descobrir els actius de salut del barri i com accedir-hi, treballant de forma multidisciplinària.

Per autoavaluar-nos vam realitzar una anàlisi qualitativa a partir de les dinàmiques realitzades.

Resultats: definició de salut comunitària: visió biopsicosocial, activitats de prevenció i intervencions al barri en busca del benestar col·lectiu.

Expectatives abans: ampliació i actualització de coneixements, aprendre intervencions i conceptes.

Canvis de percepció postcurs: recursos de treball comunitari, visió de com utilitzar-los per aconseguir el benestar comunitari.

Aprenentatges adquirits: la importància de treballar amb empatia, amb visió de salut comunitària i enfocament biopsicosocial, compartint recursos, coneixements i potenciant el treball en grup.

Conclusions: la millora de les relacions professionals.

L'empoderament de tot l'equip per empoderar la comunitat en la recerca del seu benestar.

Aplicabilitat: és important fer formació en salut comunitària, ja que permet la col·laboració entre tots els professionals de l'equip per treballar en la consulta amb una visió comunitària.

EDUARDO LÓPEZ SIXTO
ROSER QUINTA BARBERÀ
ALEJANDRA LLENAS MOURE
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

Contacte:
lopezsixto.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7535

Retorn a l'essència de l'atenció primària

Objectius: retorn a la presencialitat i recuperació de la capacitat diagnòstica.

Descripció: el març de 2020, la pandèmia per la COVID-19 va comportar el tancament de portes dels equips d'atenció primària (AP) per a l'atenció quasi exclusiva dels casos relacionats amb la pandèmia, fet que causà retards diagnòstics i manca de seguiment de patologies cròniques, així com un sentiment de pèrdua dels professionals que van veure com l'essència de la seva feina (sentir, escoltar i explorar) havia quedat relegada a contactes telefònics.

El Setembre de 2020, sense directrius de CatSalut, vam organitzar una reunió amb els metges i vam valorar la situació pandèmica, si estàvem fent el que toca, si estàvem còmodes amb la situació i si havíem de seguir visitant per telèfon (els pacients passaven diversos filtres per ser atesos).

Volíem tornar a l'essència de l'AP, tornar a visitar pacients presencialment, recuperar la capacitat diagnòstica i fer seguiment dels crònics (tant a la consulta com a domicili). Calia superar les incerteses (pors) i definir un pla d'acció: obrir portes progressivament, fer transició cap a la presencialitat (quan la majoria dels centres d'AP restaven tancats), potenciar la programació per motius i incloure els administratius en la unitat assistencial sanitària.

Inicialment vam obrir tres visites presencials/dia per professional, amb programació per motius des del taulell. El gener de 2021 (a petició d'alguns professionals) es van augmentar a 15 visites (amb espai de 30 minuts/dia per resoldre les no presencials) i el juny a 20 visites.

Conclusions: obrir portes després de la segona onada i reestructurar circuits ha beneficiat positivament la població, i s'han assolit uns estàndards de qualitat assistencial d'excel·lència mantinguts i amb recuperació de l'essencialitat de l'AP.

Aplicabilitat: l'experiència ens va fer ser millors en el nostre dia a dia, treballar en equip, amb solidaritat, compromís i sacrifici i que pot ser extrapolable a qualsevol altre equip.

ANNA FELIP PALAUS
CLAIRE MICHOUT RAVAZZA
ÁLVARO NUÑEZ FAUSTE

Contacte:
annafelippalauas@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7536

L'eversió palpebral i el tracoma, una parella oblidada

Àmbit: rural.

Motiu de consulta: pruija ocular.

Història clínica: consulta al centre de salut d'una àrea rural de Senegal una pacient de 15 anys per pruija ocular d'aproximadament 6 mesos d'evolució. Explica que sovint té els ulls vermells amb secreció mucopurulenta, desconeix si ha perdut visió i creu que no li ha entrat cap cos estrany.

En l'exploració presenta lleu hiperèmia conjuntival bilateral i fol·licles a l'eversió palpebral superior. No s'observen cossos estranys, fol·licles ni papil·les a la conjuntiva tarsal inferior. Tinció conjuntival amb fluoresceïna negativa.

A l'anamnesi dirigida explica que comparteix habitatge amb 10 persones en condicions deficitàries d'higiene. Diu que el seu germà petit i un tiet tenen símptomes similars.

La clínica de la pacient, el context epidemiològic i la presència de més de 5 fol·licles a la conjuntiva tarsal superior permeten el diagnòstic de tracoma sense necessitat de més proves complementàries. És altament probable que els contactes estrets pateixin la mateixa infecció.

El tractament del tracoma és azitromicina en dosi única a 20 mg/kg amb una dosi màxima d'1 g. Cal fer tractament ampliat dels contactes estrets i educar mesures higièniques per evitar les reinfeccions. El tractament poblacional està indicat quan la prevalença infantil supera el 10%.

La pacient va presentar millora simptomàtica als cap de 5 dies de tractament i reinfecció pocs mesos després per persistència de males condicions d'higiene.

Conclusions: la infecció per *Chlamydia trachomatis* és una causa previsible i desatesa de ceguesa en països en desenvolupament. El diagnòstic no requereix proves complementàries i el tractament és senzill amb antibiòtic oral. Si no es mantenen mesures d'higiene per prevenir la reinfecció, la malaltia es pot fer crònica en forma de cicatrius conjuntivals i ceguesa. Malgrat tot, convé incloure la malaltia en el diagnòstic diferencial de l'ull vermell també en països desenvolupats on hi ha un augment de la immigració o condicions precàries d'habitatge.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ARANZAZU SANTANA GONZÁLEZ
ALICIA VILLANUEVA HERNÁNDEZ
SAMARA GIMENES DE SOUZA

Contacte:
ara_santana@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7537

Dolor lumbar després de fer un camí de ronda

Home de 73 anys que consulta per dolor lumbar esquerra d'una setmana d'evolució.

Antecedents: hipertensió arterial, hipertròfia benigna de pròstata, gonartrosi dreta, trocanteritis esquerra. Tractament: enalapril i paracetamol. Autònom per a les activitats de la vida diària, esportista. Pare amb càncer de bufeta, mare amb càncer de mama.

Anamnesi: consulta per dolor lumbar baix esquerra, irradiat al gluti esquerra d'1 setmana d'evolució, després de fer un camí de ronda amb moltes escales, millora amb paracetamol.

Exploració física: dolor a la flexió forçada d'extremitat inferior esquerra, resta sense alteracions, maniobres radiculars negatives, força i sensibilitat conservades.

El pacient va ser diagnosticat de lumbàlgia i va rebre tractament amb paracetamol i termoteràpia.

Reconsulta 15 dies després i aporta una ressonància lumbar feta per una mútua privada per persistència del dolor, que detecta anterolistesi degenerativa d'L4, canvis degeneratius a les articulacions interapofisials de predomini L4-L5, troballes descrites a nivell d'S1, S2 i ilíac esquerra, suggestives d'afectació tumoral, per metastasi o per procés hematològic. Sense quadre tòxic ni altra clínica acompanyant. Es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid per completar l'estudi. Anàlítica amb antigen prostàtic específic (PSA) de 87 ng/ml, fosfatases alcalines 268, resta normal.

Diagnòstic diferencial: lumbàlgia mecànica, espondilosi, espondilolistesi, hèrnia discal, síndrome de canal estret, fractura lumbar, procés neoplàstic.

És diagnosticat de neoplàsia de pròstata amb metastasi òssia i és derivat a urologia per a estudi. Biòpsia prostàtica amb adenocarcinoma acinós, gammagrafia òssia amb múltiples metastasis òssies.

Realitza tractament amb bicalutamida i àcid zolendrònic, posteriorment triptorelina. Seguiment a oncologia amb disminució progressiva del PSA, últim de 8,2. Actualment en tractament amb apalutamida/enzalutamida.

Conclusions: en el context de pandèmia hem hagut de reduir les visites presencials, hem perdut la longitudinalitat dels pacients i hem demorat visites de pacients crònics i controls analítics. És molt important que recuperem aquesta longitudinalitat per poder fer prevenció i detectar malalties en estadis inicials i aconseguir un millor pronòstic per als nostres pacients.

SHAARON ROJAS ATACHAO
CRISTINA ORTEGA CONDÉS

Contacte:
shaaronroat.96@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7538

Tendinitis i antibioteràpia

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient de 73 anys que consulta per dolor al turmell esquerra.

Historia clínica: antecedents personals: fumador de 20 paq/any, diabetis *mellitus* de tipus 2, malaltia pulmonar obstructiva crònica GOLD 3, neoplàsia de bufeta el 2016, hiperplàsia benigna de pròstata.

Anamnesi: acut a visita de control després d'un ingrés per pneumònia adquirida a la comunitat, tractada amb levofloxacina, sense complicacions. Refereix millora a nivell respiratori, però aparició de dolor al turmell esquerra. Nega traumatisme previ.

Exploració: al peu esquerra, zona del tendó d'Aquil·les edematosa, eritematosa i augmentada de temperatura, no crepitació ni discontinuïtats; al peu dret, sense signes d'inflamació. Sense signes de trombosi venosa profunda.

Proves complementàries. Ecografia: engruiximent del tendó d'Aquil·les esquerra respecte el dret, isoecoic, sense criteris de ruptura. Tendinosi des del punt de vista ecogràfic.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

En el diagnòstic diferencial es consideraria principalment la tendinitis, la ruptura tendinosa, la flebitis i la trombosi venosa profunda.

Tractament i plans d'actuació: sospitant-se de flebitis, s'inicia amoxicil·lina-clavulànic 875/125 mg cada 8 h, 10 dies i control pel seu metge de família.

Evolució: en la visita de control persisteix la clínica i refereix que no ha pres el darrer antibiòtic pautat. Es revalora i, davant la sospita de tendinitis aquil·liana, se sol·licita ecografia, es recomana repòs i analgèsia. L'ecografia evidencia una tendinosi lligamentosa i es confirma la sospita de tendinitis aquil·liana, probablement, secundària a levofloxacina.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: cal recordar que davant de qualsevol patologia sempre s'han de tenir en compte com a causa els fàrmacs. Amb aquest cas recordem la tendinitis del tendó d'Aquil·les secundària al tractament amb fluoroquinolones. D'altra banda és un cas útil per no oblidar que davant de la no millora cal plantejar-se revalorar el pacient i reconsiderar el diagnòstic.

DOSINDA VILLANUEVA LÓPEZ
PETRU CHICU CHICU
BRIGITTE BANESSA GALAGARZA TERÁN

Contacte:
dvillanueva.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7539

Mucosa gàstrica heterotròpica

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 62 anys que consulta per disfàgia a sòlids de mesos d'evolució de forma intermitent. Ho associa a períodes que té més pirosi retroesternal.

Història clínica: antecedents personals d'asma, hipertensió, hiperplàsia de pròstata, hiperuricèmia i dislipèmia. En tractament amb enalapril-hidroclorotiazida 20/12,5 mg/24 h.

Exploració abdominal sense alteracions destacables.

Es realitza trànsit esofagogastroduodenal per a valoració de la motilitat esofàgica: hèrnia hiatal per lliscament. Reflux gastroesofàgic de grau II/III. A descartar esòfag de Barret per engruiximent dels plecs esofàgics i de la unió esofagogàstrica.

Davant la sospita d'esòfag de Barret es demana endoscòpia digestiva alta: antritis erosiva lleu. Esòfag sense alteracions en la mucosa. S'agafen mostres per a biòpsia d'esòfag proximal i distal.

Els resultats de la biòpsia són: esòfag proximal sense alteracions valorables; esòfag distal amb fragments d'epiteli glandular de tipus gàstric amb lleu infiltrat inflamatori crònic a làmina pròpia, sense metaplàsia intestinal, compatible amb mucosa gàstrica heterotròpica.

Es prescriu omeprazole amb resolució de la clínica i es fa interconsulta amb el servei de gastroenterologia, que determina que no cal fer cap seguiment endoscòpic d'aquesta lesió.

Conclusions: la presència de mucosa gàstrica heterotròpica és una anormalitat congènita que consisteix en la troballa de mucosa gàstrica a nivell esofàgic. El diagnòstic és histopatològic. La localització a nivell de l'esòfag distal obliga a fer el diagnòstic diferencial amb l'esòfag de Barret. El tractament és amb inhibidors de la bomba de protons en períodes simptomàtics. No cal fer seguiment endoscòpic.

CLARA VILAVELLA
MARTA MORROS CASAS
KATERINE DEL BARCO ORELLANA

Contacte:
clairevill1@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7540

No et paraitzís davant d'una paràlisi!

Àmbit del cas: atenció primària (AP) i hospitalària.

Motius de consulta: parestèsies i parèsia facial.

Història clínica: antecedents personals: gestació en curs i hipotiroidisme. Un mes abans de la visita havia consultat per disfonia. No antecedents familiars d'interès.

Anamnesi: pacient que presenta quadre de debilitat facial, parestèsies i parèsia al llavi superior, que interfereix en la parla, d'una setmana d'evolució.

Exploració: bon estat general. Pupil·les isocòriques i normoreactives, sensibilitat lleugerament disminuïda a hemicara esquerra. Paràlisi del nervi facial esquerre (desviació de la comissura bucal i solc nasogenià esborrat, disminució d'arrugues al front, oclusió incompleta ocular) i discreta disàrtria secundària.

Judici clínic: s'orienta inicialment com a paràlisi facial perifèrica. Diagnòstic diferencial: paràlisi facial idiopàtica (de Bell), i causes secundàries com infeccions, neurològiques (Guillain-Barré, miastènia *gravis*...), neoplàsies, trastorns autoimmunes.

Tractament i plans d'actuació: S'indica tractament amb Dacortin® 30 mg/24 h i es realitza control evolutiu.

Evolució: al cap de 15 dies persisteix parèsia facial i empitjorament clínic i s'afegeix hipersalivació, dificultat per a la deglució, sensació de cos estrany ocular i fatigabilitat a la parla de predomini vespertí o en converses llargues. No diplopia ni altra clínica neurològica. Presenta també dispnea paroxística nocturna.

Davant la presència de signes d'alarma, es deriva a urgències per a valoració de causes secundàries de paràlisi facial i l'ingressen per a estudi. Realitzen electromiograma amb troballes compatibles amb alteració de la transmissió neuromuscular postsinàptica i anàlítica sanguínia amb detecció d'anti-ACH positiu. Amb orientació diagnòstica de miastènia *gravis* s'inicia tractament amb prednisona, immunoglobulina i Mestinon®, amb bona resposta evolutiva.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la paràlisi facial perifèrica és un motiu de consulta habitual en les consultes d'atenció primària. Davant d'una paràlisi que no millora, és important realitzar un diagnòstic diferencial acurat i saber identificar els signes d'alarma per tal de descartar-ne causes secundàries.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LILA COROMINAS GARCÍA
LAURA CAMPS VILÀ
BERTA BERTRANS VILARÓ

Contacte:
lilaa1995@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7541

Cefalea en agrupaments a primària

Motiu de consulta: dona de 29 anys que consulta a atenció primària per cefalea.

Història clínica: la pacient no presenta al·lèrgies medicamentoses. No hàbits tòxics. No medicació habitual. Com a antecedents patològics refereix sobrepès (IMC: 27) i síndrome ansiosodepressiva. Consulta per cefalea unilateral esquerra de <24 h d'evolució de característiques pulsàtils amb llagimeig i inquietud psicomotriu. Refereix diversos episodis de 30 a 60 minuts de duració. Nega episodis similars previs. No febre. Nega pèrdua AV. En l'exploració física destaca llagimeig de l'ull esquerre amb ptosi, miosi, injecció conjuntival i sudoració homolateral. Exploració neurològica anodina. Es planteja diagnòstic diferencial entre les cefalees trigeminoautòniques i s'orienta com a cefalea en agrupaments. S'inicia tractament amb naproxèn 500 mg i oxigen al 100%. Davant l'escassa millora es realitza derivació a urgències hospitalàries.

Conclusions i aplicabilitat a atenció primària: les cefalees són el motiu de consulta neurològic més freqüent a atenció primària. La cefalea en agrupaments, és la cefalea trigeminoautònica més freqüent en homes joves, amb presentació d'episodis de dolor unilateral de 15 a 180 minuts, amb clínica autònoma i inquietud. El tractament de primera línia és oxigen al 100% i triptans, dels quals no es disposa en la majoria de centres d'atenció primària, fet que dificulta el maneig d'aquest quadre clínic: aquest cas podria haver estat ambulatori. Pel que fa als signes atípics i criteris de derivació, l'absència de remissió de dolor entre episodis, la persistència de clínica autònoma, que obliga a descartar dissecció arterial, la pèrdua d'agudes visual o la clínica infecciosa són signes atípics que requereixen de derivació a urgències. També seria necessària la derivació si no fos possible el tractament de forma ambulatoria o una valoració per neurologia preferent. Els criteris de derivació preferent a neurologia són: tot primer episodi de cefalea trigeminoautònica o símptomes atípics.

JÚLIA CASAS I ESCUDERO
ANNA BOSCH MASGRAU
VIOLETA FERRER GRACIA

Contacte:
jcasasescudero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7542

Que no ens despisti la massa

Home de 48 anys amb antecedents d'infecció per VIH en tractament antiretroviral amb càrrega viral indetectable. Manté relacions sexuals amb dones i explica una única parella sexual. Antecedents familiars de càncer de colon.

Consulta per quadre d'estrenyiment d'un mes que s'acompanya des de fa una setmana de proctàlgia, rectorràgia i febre vespertina.

En l'exploració, abdomen anodí. A nivell anorectal es palpa massa irregular al marge anal. Es realitza anuscòpia, i s'observa massa i secreció sanguinopurulenta. Se n'obté mostra.

Es realitza analítica i destaquen leucocitosi amb predomini neutrofilic i elevació de reactants de fase aguda. S'orienta com a massa rectal d'origen infecció vs. procés tumoral. Es prescriu amoxicil·lina-clavulànic i es vincula el pacient al circuit diagnòstic de càncer de colon.

Es realitza tomografia computada ambulatoriament: mostra engruïment mural concèntric al recte i adenopaties a nivell del seu territori de drenatge.

De manera ambulatoria es revisen els resultats del cultiu: és positiu per a *Chlamydia trachomatis* LGV, motiu pel qual es prescriu doxiciclina durant 21 dies. En controls posteriors, el pacient refereix desaparició de la clínica.

Tot i l'evolució suggestiva d'origen infecció, pels antecedents i la possible coexistència de patologia, es realitza ressonància magnètica i colonoscòpia que corroboren l'origen infecció de la massa.

Conclusions: una massa rectal ens fa pensar automàticament en una neoplàsia. Aquest cas recorda que hi ha altres diagnòstics diferencials, com ara un procés infecció. En casos de malalties de transmissió sexual, cal pensar en *C. trachomatis* LGV, que es pot manifestar clínicament com a massa rectal. El fet de ser un home que manté relacions sexuals amb dones ens pot generar confusió per no estar avesats a incloure totes les pràctiques sexuals en l'anamnesi.

Per altra banda, volem reflexionar sobre la inèrcia de finalitzar un procediment iniciat per una sospita diagnòstica, tot i que les proves confirmen ja una etiologia diferent.

ONA NIQUI HERNÁNDEZ
JÚLIA FERNÁNDEZ PERARNAU
MARÍA ÁNGELES USERO MARTÍNEZ
SARA RODRIGUEZ ALONSO
VALERIA ZAMORA PUTIN
CLARA MARTÍNEZ PÉREZ

Contacte:
ona.niqui@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7546

Prevalença de l'aïllament social en majors de 65 anys a tres àrees bàsiques d'atenció primària de l'àrea metropolitana de Barcelona

Objectius: determinar la prevalença de l'aïllament social en la població igual o major de 65 anys de tres àrees bàsiques de salut (ABS) de l'àrea metropolitana de Barcelona, descriure la patologia mental i la prescripció de psicofàrmacs segons l'aïllament social i identificar altres factors associats.

Metodologia: estudi descriptiu sobre una mostra aleatòria de 420 persones (3,86% de pèrdues) de la població de 65 anys o més assignada a tres ABS. Es recolliren variables sociodemogràfiques, clíniques i d'ús de serveis mitjançant revisió de la història clínica i entrevista telefònica. Es va passar l'escala LSNS-6 per determinar el risc d'aïllament social. Es va realitzar una anàlisi descriptiva i bivariat amb khi quadrat i t de Student. No es pot determinar causalitat. Aprovat pel comitè d'ètica d'atenció primària.

Resultats: es van incloure 399 individus, edat mitjana de 75,28 (desviació estàndard: 7,06) anys, la majoria dones (63,2%), casades o en parella (52,9%), amb estudis primaris (54,6%) i ingressos anuals entre 0 i 12.000€ (49,6%). El trastorn mental predominant és l'ansietat (20,6%) i els psicofàrmacs més consumits, ansiolítics (20,3%).

La prevalença de risc d'aïllament social és del 44,4% (IC95%: 39,5-49,2%).

Els factors que s'associen al risc d'aïllament social són trastorn de la personalitat 2,8% vs. 0,0% ($p=0,012$), prendre algun psicofàrmac 43,5% vs. 32,4% ($p=0,023$), prendre antidepressius 26,0% vs. 14,9% ($p=0,006$), el gènere (71,8% dones vs. 28,2% homes [$p=0,001$]), no estar en parella 53,1% vs. 42,0% ($p=0,032$), ingressos baixos 76,5% vs. 54,8% ($p=0,000$), dificultat per a la mobilitat 70,6% vs. 83,3% ($p=0,002$), ser d'atenció domiciliària (ATDOM) 72,2% vs. 27,8% ($p=0,015$) i haver contactat amb treball social 22,0% vs. 9,5% ($p=0,000$).

Conclusió: quasi la meitat de la població es troba en risc d'aïllament social. Els factors que s'hi associen són sexe femení, no estar en parella, ingressos baixos, trastorn de personalitat, prendre algun psicofàrmac, antidepressius, dificultat per la mobilitat, ser ATDOM i haver contactat amb treball social.

CARLES RODRÍGUEZ PAGO
GEORGINA MARINÉ LLAUDÓ
REMEI TELL BUSQUETS

Contacte:
rodriguez@absaco.org

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7551

El turmell és el de menys

Dona de 42 anys que consulta per molèsties de turmell d'un mes d'evolució.

Exploració anodina. No trauma previ, treballa a una residència. A causa del dolor se sol·licita radiografia de turmell i es prescriuen antiinflamatoris.

Se cita una setmana després per a valoració clínica i radiològica. Sorpren la realització d'una seriada òssia, en què s'evidencien múltiples lesions osteoblàstiques a diferents localitzacions. Radiologia de tòrax normal.

Davant d'aquestes troballes, informem la pacient per ampliar estudi. No síndrome tòxica i només afegeix la molèstia del turmell.

Sol·licitem analítica amb proteïnograma, fosfatasa alcalina, proves inflamatòries i B2 microglobulines que són normals.

Reinterrogant la pacient, explica que el 2018 van trobar alguna alteració durant un estudi de fertilitat. Aporta les imatges, que són de similars característiques que les actuals, amb gammagrafia òssia sense metastasi ni lesions hiperosteogèniques.

Revisant la literatura conclouem que podria tractar-se d'una osteopoiquiosi: displàsia osteoesclerosa d'etiologia inespecífica. És més freqüent en homes i herència autosòmica dominant. Un 25% dels casos s'associa a lesions cutànies: la síndrome de Buschke-Ollendorff.

Clínicament, asimptomàtica, no produeix deformitat ni alteració en el desenvolupament ossi. El diagnòstic sol ser una troballa radiològica casual amb focus d'esclerosi òssia sense afectació de la cortical. Amb afectació poliostòtica i politàpica.

El diagnòstic diferencial s'ha de fer amb les metastasis osteoblàstiques, esclerosi tuberosa i la mastocitosi. La gammagrafia òssia normal descarta la presència de metastasis òssies.

Vam derivar la pacient a reumatologia per a confirmació diagnòstica, i el turmell va millorar amb l'antiinflamatori prescrit.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

REMEI TELL BUSQUETS
GEORGINA MARINÉ LLAURADÓ
CARLES RODRÍGUEZ PAGO

Contacte:
rtell@absaco.org

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7552

Quan l'ús no és un abús

Farmacovigilància avisa de sobredosificació i risc d'abús en dona de 45 anys i hiperdemanda de medicació.

Afecta de fibromiàlgia, espondiloartritis, sacroileïtis, discopatia cervicolumbar. Tractament: omeprazole, naproxèn, trazodona, pregabalina i oxicodona pautaada i 5 rescats/dia.

Sospitem abús d'opioides, que descartem. Exploració: escala ESAS amb puntuació alta en dolor, insomni i ansietat. Diagnòstic diferencial: abús, sobredosificació o tolerància per opioides i hiperalgèsia induïda per opioides (HIO).

Es proposa rotació a metadona que accepta.

Calculem dosi diària de morfina (825 mg/24 h) i rotació (1:12), equivalents a metadona 68 mg. Reduint un 30%, s'inicia metadona 20 mg/12 h i rescat amb 5 mg. Es revisen secundarismes.

Primera setmana: disminuïm metadona a 15 mg/12 h. Iniciem 25 mg d'amitriptilina per a neuropatia.

Al cap de 15 dies disminuïm metadona (10 mg/12 h) i presenta somnolència nocturna, disminuïm trazodona fins a la retirada.

És disminuïx metadona a (5 mg/12 h) per estabilitat clínica. S'incrementa amitriptilina per augment de la neuropatia.

Quatre mesos després disminuïm pregabalina (150 mg/12 h).

Actualment el dolor, el son i l'ansietat estan controlats.

L'HIO és una intensificació del dolor relacionada amb l'ús d'opioides. Precisa diagnòstic diferencial amb la tolerància a opioides

El mecanisme subjacent està relacionat amb el receptor N-metil-D-aspartat (NMDA), juntament amb altres mecanismes.

La metadona, per les seves propietats com a opioide i antagonista NMDA, és una opció per tractar l'HIO.

Cal valorar que el canvi del tractament no activi les vies pronociceptives.

L'HIO que tractem amb disminució de dosis d'opioides es pot interpretar erròniament com a tolerància que en requereix un augment.

Els mecanismes de l'HIO són confusos. Es relacionen amb receptors NMDA i amb l'augment de la sensibilitat als estímuls nociceptius, tots interrelacionats i de caràcter genètic.

L'HIO sembla ser més comuna en pacients que reben opioides de manera crònica. No podem concloure que alguns opioides estiguin més relacionats que altres amb l'HIO.

REMEI TELL BUSQUETS
ÀNGELS SENAN VASQUEZ
MERCÈ RODRÍGUEZ BAENA
GEORGINA MARINÉ LLAURADÓ
MAR CANALS PEDROLA
REMEI FELIU ANTONIO

Contacte:
rtell@absaco.org

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7553

Objectiu: enfocament domiciliari en un centre de dia

Objectiu: demostrar una millora en l'atenció dels pacients d'un centre de dia (CD) comparant variables d'atenció pre- i postimplantació d'un equip interdisciplinari estable.

Material i mètodes: disseny: analític quasiexperimental.

Àmbit de realització: CD/atenció primària (AP).

Criteris de selecció: usuaris CD atesos en els dos períodes estudiats, segon semestre de 2018 i 2021.

Mostra: 38.

Intervenció: implantació de l'equip interdisciplinari (metge de família, infermera i treballadora social).

Variàbles: edat i sexe; ingressos a urgències/hospital de referència; visites d'atenció continuada cap de setmana/urgències de l'AP; proves complementàries; polifarmàcia; longitudinalitat; caigudes; pla d'intervenció individualitzat de crònics (PIIC); grau de dependència.

Mètode d'avaluació: revisió història clínica.

Anàlisi estadístic: proves de significació estadística.

Resultats: es tracta de dos grups homogenis en edat (80,2 i 80,5, respectivament) i sexe (76.3% dones en ambdós grups). S'observa un major nombre de persones amb grau de dependència en el grup del 2021. S'ha objectivat una reducció estadísticament significativa en el nombre de consultes urgents a l'AP (75%; $p < 0,0001$), ingressos hospitalaris (33%; $p < 0,0001$) i longitudinalitat (46%; $p < 0,0001$), entenen com a tal el nombre de professionals que intervenen en el seu seguiment. Les proves complementàries s'han reduït un 21%. S'ha triplicat el nombre de PIIC elaborats. No s'han trobat diferències en la freqüència de caigudes, malgrat que s'ha evidenciat un increment del 35% en polifarmàcia.

Conclusions: aquest estudi ens ha permès demostrar que la implantació d'un equip interdisciplinari suposa una millora en l'atenció dels usuaris del CD, fet que assegura la longitudinalitat de l'atenció i PIIC ben elaborats. Amb una gestió de casos acurada hem reduït duplicitat de proves i ingressos innecessaris. L'increment de la polifarmàcia l'associem a un major grau de dependència en el segon període observat.

ANDREA TORRABADILLA
ANDER BURGAÑA AGOÛES
TOMÁS PÉREZ PORCUANA
RAÛL SÁNCHEZ LUIS
ALICIA VIDAL PORTA
CRISTINA ANGLÉS SUES

Contacte:
andreatorrabadella@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7554

Impacte de la pandèmia de la COVID-19 en el control metabòlic dels pacients diabètics

Objectiu: la pandèmia produïda pel virus SARS-CoV-2 va portar al confinament domiciliari i a múltiples canvis en les rutines i els patrons alimentaris, es va limitar l'activitat física, es va incrementar l'estrès psicològic i es van interrompre controls mèdics. L'objectiu del treball és estudiar l'impacte de la pandèmia en el control metabòlic dels pacients diabètics i analitzar els factors associats a aquest control.

Material i mètodes: estudi observacional retrospectiu previ i posterior. Població d'estudi: pacients diabètics de l'atenció primària d'una població al voltant 287.000 habitants. S'analitzaren aquells de qui disposàvem de registres pre- i postpandèmia. Variables analitzades: hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total, HDL, LDL, triglicèrids del període pre-pandèmia (01/2019-06/2020) i postconfinament (07/2020-10/2021). Excloso els diabètics sense registres previs i posteriors.

Resultats: dels 21.545 diabètics registrats es van incloure en l'anàlisi els 6.839 dels quals es disposava de registres previs i posteriors. L'edat mitjana era de 69 anys i el 47,7% eren dones. D'aquests, 216 eren de tipus 1 (3,2%) i la resta de tipus 2. L'HbA1c mitjana pre-pandèmia era de 7,02% (desviació estàndard [DS]: 1,25), colesterol total 171,16 mg/dl (DS: 36,9), HDL 50,16 mg/dl (DS: 13,77), LDL 93,70 mg/dl (DS: 31,16), triglicèrids 137,47 mg/dl (DS: 80,6).

En l'anàlisi inferencial es va observar que la proporció de pacients ben controlats (HbA1c <7,0%) va disminuir un 7% (IC95%: 6,175-8,564; $p < 0,001$) durant la pandèmia. De mitjana, l'HbA1c va augmentar un 0,22% (IC95%: 0,246-0,1898; $p < 0,001$). Els factors associats a l'augment de l'HbA1c van ser els anys d'evolució de la diabetis, l'edat i el tipus 1.

Conclusions: la pandèmia va tenir un efecte perjudicial en el control metabòlic dels pacients diabètics. La proporció de pacients afectats i la magnitud de l'empitjorament van ser lleus. En la interpretació d'aquestes dades cal considerar un biaix de selecció on la mostra estudiada inclou només els pacients que van acudir a fer-se controls.

VALERIA ZAMORA PUTIN
XAVIER FLOR ESCRICHE
SILVIA ALVAREZ ÁLVAREZ
ANDREA-VIVIANA SÁNCHEZ CALLEJAS
JÚLIA JUAN-CREIX RAGUE

Contacte:
valeria.zamora.putin@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7555

Control de los pacientes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en las consultas de atención primaria

Objetivo: la guía GesEPOC 2021 incorpora un cuestionario en relación con el control clínico del paciente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este estudio es analizar el grado de control en un grupo de pacientes EPOC.

Material y método: estudio observacional transversal multicéntrico de dos equipos de atención primaria (AP) urbanos. Muestra aleatoria de pacientes EPOC registrados en el sistema informático ECAP y con espirometría FEV1/CVF posbroncodilatación <0,7. Consentimiento informado verbal y revisión de historias clínicas donde analizamos tipo de riesgo y fenotipos. Para el grado de control utilizamos el cuestionario de control clínico con un apartado de estabilidad dividido en estable e inestable y otro de impacto clasificado en alto o bajo impacto. El buen control se obtiene de la suma del apartado estable y de bajo impacto.

Resultados: del total de 257 pacientes EPOC, el 59,1% son de riesgo bajo, con fenotipo no agudizador 206 (80,2%), fenotipo agudizador eosinofílico 13 (5,1%) y fenotipo agudizador no eosinofílico 38 (14,8%). El 44,7% de los pacientes se administraban corticoides inhalados como tratamiento. Consideramos estables 196 (76,3%) y de bajo impacto 201 (78,2%). El control fue bueno en 181 (70,4%).

Conclusiones: la mayoría de los pacientes presenta un buen control en AP. Predomina la estabilidad y el bajo impacto

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NATALIA ROSÉS MUNTASELL
IRENE RIVERO FRANCO
IRIS RIVERA ABELLO

Contacte:
nrosesm.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7557

Submergint-nos en l'eritema nodós

Àmbit: atenció primària, dermatologia, medicina interna.

Motiu de consulta: dona de 38 anys que consulta per lesions nodulars a les cames d'un mes d'evolució.

Enfocament individual: al·lèrgia medicamentosa a l'ibuprofè, meningitis en la infància, fibromiàlgia, intolerant a la lactosa i intolerància alimentària no especificada, amb síndrome diarreic des dels 20 anys. Tractament: amitriptilina 25 mg, etinilestradiol + progestagen (ACO) 2/0,035 mg.

Malaltia actual: lesions nodulars d'un mes d'evolució a les extremitats inferiors eritematoviolàcies, doloroses. Anàlítica de sang: ASLO 400, serologies dels virus de les hepatitis B i C negatives, PCR 11,3, VSG 35, ECA, ANA i ANCA negatius, C3 i C4 en rang, anticoagulant lúpic positiu, FR, aCCP i anticossos antitransglutaminasa negatius, immunoglobulines A, G i M negatiu, dèficit de G6PDH negatiu; tuberculina i QuantiFERON® negatiu. Es realitza biòpsia *punch* amb resultat d'anatomia patològica: panniculitis septal evolucionada compatible amb eritema nodós (EN). Gastroscòpia i colonoscòpia: normals. Coprocultiu negatiu. Radiografia toràcica normal.

Enfocament familiar i comunitari: mare afectada d'artritis reumatoide i malaltia de Crohn. Pare sa. Treballa de recepcionista a una clínica.

Judici clínic: eritema nodós.

Diagnòstic diferencial: contusions, picadures insectes, flebitis, vasculitis nodular, malaltia de Behçet, tromboflebitis, panniculitis lúpica, cel·lulitis, púrpura de Henoch-Scholein, granuloma anular subcutani, panniculitis lobular, malaltia de Crohn, malaltia de Weber, panniculitis traumàtica.

La pacient presenta brots d'EN durant 6 mesos i necessita la incapacitat temporal durant unes setmanes.

Tractament: fenoximetilpenicil·lina, paracetamol, metamazole, repòs i cames en alt.

En els brots successius es prescriu prednisona 30 mg, clobetasol tòpic nits, colquicina 0,5 mg, i es retira ACO. Solució saturada de iodur potàssic 10% en solució aquosa. Mitges compressives.

Conclusions: l'EN és una malaltia multifactorial. En un alt percentatge dels casos (35-50%) no s'arribarà a conèixer la causa, motiu pel qual és necessari el seguiment del cas d'una forma interdisciplinària i acompanyant la pacient durant tot el procés.

IMMACULADA AUSIO RUSIÑOL
JORDI ADMETLLA BATLLE
LAIA CABANAS COLLELL
LORENA ARIANA SEGURA MARTÍN
LORENA ABADIAS PERUGA
ROSA ROCA GURI

Contacte:
iausio.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7562

Estudi descriptiu de l'impacte de la COVID-19 en els professionals d'un equip d'atenció primària semirural

Objectiu: conèixer l'impacte de la COVID-19 entre els professionals d'un equip d'atenció primària (EAP) semirural i descriure aspectes demogràfics, diagnòstics, clínics i d'incapacitat laboral.

Material i mètode: estudi observacional descriptiu de l'afectació de la COVID-19 entre els professionals d'un EAP semirural, que atén 12.065 usuaris amb 34 professionals.

Selecció: 15 professionals han comunicat a l'EAP que han patit la COVID-19 des de l'inici de la pandèmia fins 28 de febrer de 2022.

Criteris d'inclusió: professionals de l'EAP que hagin patit la COVID-19 i signin el consentiment informat.

S'envia carta de presentació-invítació als professionals de l'EAP que han patit la COVID-19 fins a la data indicada. D'ells, 14 signen el consentiment informat i complimenten l'enquesta anònima de recollida de dades a través de la plataforma Microsoft 365 Forms de la Generalitat de Catalunya.

Es registren variables demogràfiques, de diagnòstic, incapacitat laboral, símptomes i complicacions.

La plataforma Microsoft 365 Forms permet mantenir l'anonimat dels casos, però no diferenciar símptomes de la COVID-19 entre diferents onades.

Projecte aprovat pel CEI, codi CEIm: 21/157-PCV.

Resultats: casos: 17 episodis de COVID en 14 professionals (41% del total), d'ells, 3 han patit dues vegades la COVID-19. 13 dones (92%). 3 professionals amb factors de risc (edat >55 anys). Edat mitjana: 40 anys. 35% contacte conegut. 41% casos de primera onada, 35% sisena onada. Temps mig entre l'inici de símptomes i diagnòstic (PCR/TAR)-aïllament: 1,4 dies. Símptomes. El 82%: astènia, cefalea; 75%: artromiàlgies, tos; 64%: odinofàgia (PCR/TAR)-aïllament: 1,4 dies. Símptomes. El 82%: astènia, cefalea; 75%: artromiàlgies, tos; 64%: odinofàgia, congestió nasal; 58%: febre; 35%: afectació gust o olfacte; 29%: diarrea, anorèxia; 23%: dispnea, dolor toràcic; 11%: nàusees o vòmits; 5% *rash*. 2 asintomàtics. Complicacions: 2 pneumònies, 1 ingrès. Incapacitat laboral (IT) mitjana: 12,4 dies (5-32).

Conclusions: Prop de la meitat de l'EAP ha patit la COVID-19, sobretot les onades 1a i 6a. La majoria són dones, amb edat mitjana de 40 anys; hi ha un retard diagnòstic d'1,4 dies i IT de 12,4 dies.

Símptomes predominants: astènia, cefalea, tos, artromiàlgies, odinofàgia, congestió nasal i febre.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ISABEL BECERRA LÓPEZ
MARÍA ALMAZÁN GÓMEZ
ERICA TENA LÓPEZ
JUDIT LLUSSÀ ARBOIX
EVA MUÑOZ MATA
EULÀLIA BORRELL THIÓ

Contacte:
isaesisabel@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7563

Cribratge del virus de l'hepatitis C en població pakistanesa en l'atenció primària

Objectiu: descriure com treballen els professionals d'un centre d'atenció primària (AP) en el cribratge del virus de l'hepatitis C (VHC) en la població general i, en concret, amb la pakistanesa. Recollir la impressió dels professionals respecte a quan hauríem de sol·licitar serologia del VHC.

Mètodes: estudi descriptiu, de dues fases, en un centre d'AP de 15.616 pacients adults, dels quals 3.185 (20,4%) són d'origen Pakistanès, amb 13 unitats bàsiques assistencials (UBA) d'adults. Fase 1: a partir de l'HCAP informatitzada fem recompte de totes les serologies VHC demanades i les de resultat positiu, en població general i pakistanesa; valorem el motiu de la demanda en les proves positives. Fase 2: enquesta a 26 professionals del centre sobre els motius pels quals solen demanar serologia VHC. Anàlisi: nombre i proporcions de serologies en la població global i la pakistanesa. Dispersió entre UBA mitjançant desviacions estàndards (DE). Anàlisi del contingut temàtic de l'enquesta i fins a quin punt són freqüents. Limitacions: biaix d'informació a partir d'HCAP. Ètica: dades anònimes, consentiment a professionals.

Resultats: fase 1: s'han demanat 6.638 serologies VHC (42,5% de tota la població té feta la prova, DE $\pm 9,0$), 1.550 en pakistanesos (48,7% d'aquest grup té feta la prova $\pm 13,1$). La prova és positiva per a 294 pacients (4,4% de totes les demanades $\pm 1,1$) i per a 144 pakistanesos (9,3% de les demanades en pakistanesos $\pm 3,5$). A 52 (36,1%) d'aquests pakistanesos se'ls sol·licità la prova perquè eren immigrants.

Fase 2: en l'enquesta, 13 de 15 professionals comenten que és convenient sol·licitar serologia VHC en immigrants.

Conclusions: l'alt percentatge de serologies positives del VHC en pakistanesos reafirma, tal i com opinen els professionals i la bibliografia, que cal fer cribratge universal a aquesta població. Les dades de l'estudi ens indiquen que hem de planificar estratègies de millora per augmentar el percentatge de pakistanesos cribrats.

ISABEL BECERRA LÓPEZ
CLARA FLAMARICH GOL
MARÍA ALMAZÁN GÓMEZ
SILVIA MAS ESTELLER

Contacte:
isaesisabel@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7564

En-red-ando. En búsqueda de la acción y participación comunitaria

Objetivos: reforzar el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria del centro de atención primaria (CAP) para interactuar con agentes clave y las redes existentes en el barrio. Lograr la generación de análisis y acciones conjuntas.

Mejorar la salud percibida y objetivable de las vecinas. Fomentar que las vecinas y profesionales puedan descubrir factores positivos de la comunidad y tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos.

Abordar conjuntamente las desigualdades/inequidades sociales y su impacto en el bienestar de las personas del barrio. Intentar que las más vulnerables formen parte del proceso.

Realizar un informe de salud actualizado a partir de informes previos y que también recoja la historia del barrio. Realizar una priorización de las necesidades/problemáticas. Generación de procesos de participación comunitaria para influenciar en políticas y la generación de entornos saludables. Evaluarlo regularmente.

Descripción: grupo interdisciplinar (enfermería, trabajo social, psicología, medicina) de un CAP, en población urbana con índices socioeconómicos bajos, que decide repensar la acción comunitaria llevada a cabo en el barrio desde el CAP mediante análisis de la situación (visibilización y movilización de riquezas, mapeo de recursos sobre activos en salud), búsqueda de evidencia y posterior evaluación, tomando como modelo teórico a alcanzar la Escalera de participación de Arnstein.

Conclusiones: es un proceso tan necesario como largo, en el cual los resultados esperados no siempre son lo más importante. En ocasiones las respuestas son otras, aún más interesantes. A pesar de tener apoyo del equipo directivo del CAP, la alta carga asistencial es una limitación importante.

Aplicabilidad: se ha conseguido un incremento notable de la colaboración y trabajo intersectorial con entidades formales (sobre todo) e informales (en menor medida) del barrio, progresando hacia un fortalecimiento comunitario y una mejora del acceso a recursos de la comunidad.

FRANCISCO MERA CORDERO
BETLEM SALVADOR GONZÁLEZ
SARA CONTRERAS MARTOS
SARA BONET MONNE
JESÚS ALMEDA ORTEGA
GEMMA ÀLVAREZ MUÑOZ

Contacte:
franmcor@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7566

Estudi restrospectiu de la incidència d'infecció per SARS-CoV-2 en una cohort tractada amb montelukast

Objectiu: explorar l'associació entre l'ús de montelukast i el risc d'infecció simptomàtica per COVID-19.

Material i mètodes: estudi basat en la base de dades SIDIAP, que inclou el 80% de la població de Catalunya.

En una cohort de persones amb COVID-19 confirmada (registre diagnòstic, PCR o serologia positiva), o sospitosa (diagnòstic o prova no confirmada amb un registre d'hospitalització, pneumònia o mort relacionada amb la COVID-19), identifiem les persones en tractament amb montelukast (prescripció activa o finalitzada 90 dies abans de data la índex (la de confirmació o sospita de COVID-19) de març a juny de 2020. La cohort no exposada a montelukast es construeix aparellant els casos en proporció 1:4, segons sexe i edat en el moment de la infecció.

Covariàbles: socioeconòmiques, comorbiditats actives i fàrmacs (corticoides inhalats o sistèmics, anticoagulants i antitrombòtics) en els 2 últims anys.

El risc de presentar COVID-19 simptomàtica associat a l'ús de montelukast s'avalua ajustant un model de regressió logística condicional per estimar l'*odds ratio* (OR; interval de confiança del 95% [IC95%]).

Estudi aprovat pel Comitè Ètic de Recerca Clínica IDIAP J. Gol.

Resultats: N = 21.965, edat mitjana 49,9 anys (desviació estàndard [DE]: 27,4), 64,5% dones.

Les persones del grup exposat a montelukast es trobaven amb més freqüència als quintils socioeconòmics més desfavorits, eren fumadores, obeses i presentaven major prevalença d'asma, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), diabetis, hipertensió i insuficiència cardíaca que les del grup no exposat.

Durant el període d'estudi es van identificar 2.744 casos (62,5%) confirmats o sospitosos de COVID-19 en el grup exposat i 9.098 (51,8%) en el no exposat.

L'OR univariànt corresponent va ser d'1,28 (IC95%: 1,23-1,34) i l'OR multivariànt ajustat de 1,32 (IC95%: 1,24-1,41).

Conclusions: en aquesta cohort de casos confirmats i sospitosos de COVID-19, els resultats suggereixen que l'ús de montelukast podria augmentar el risc d'infecció per SARS-CoV-2.

RAQUEL SCHULZ MESTRE
MARTINA AGUSTÍ TURÓN
MARIONA MOLINA CALLE

Contacte:
rschulz.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7570

Corticoides, causa o solució? Manifestacions psiquiàtriques dels corticoides

Acudeix la parella del pacient preocupada per canvi conductual.

Home de 54 anys afectat de panhipopituitarisme en tractament substitutiu després d'intervenció quirúrgica per macroadenoma hipofisari no funcionant el 2018, en tractament amb hidrocortisona, levotiroxina, testosterona intramuscular i rosuvastatina.

L'any 2018, després de la cirurgia, va presentar un episodi de psicosi/mania, amb ansietat i insomni, i posteriorment idees de persecució, agressivitat, agitació i al·lucinacions visuals, que s'orientà com a psicosi en relació amb el tractament amb corticoides.

El gener de 2022 ingressa per insuficiència suprarenal descompensada en un context de procés intercurrent (COVID-19) pel que s'augmenta la dosi de corticoides habitual i es dona d'alta el 27 de gener.

Des de l'1 de febrer, la família refereix que el pacient està intranquil, amb increment d'energia i insomni, amb disminució de la necessitat de son. Se cita el pacient d'urgència i s'objectiva pacient taquipsíquic, hipertímic i verborreic. Davant la sospita de quadre de mania és derivat a urgències on és valorat per psiquiatria.

S'orienta com a quadre de mania en relació amb el tractament amb corticoides. Es prescriu olanzapina per a control simptomàtic i es retorna a pauta de corticoides habituals, aconseguint la remissió completa en pocs dies.

Els glucocorticoides són un tractament amplament utilitzat i la toxicitat induïda per glucocorticoides és una causa comú de iatrogènia. La simptomatologia psiquiàtrica relacionada amb l'ús de corticoides pot anar des de llibertat emocional, mania, depressió, fins a psicosi, delírium o alteracions en el patró del son.

L'equip d'atenció primària ha de tenir present el ventall d'efectes adversos relacionats amb els corticoides per a la seva detecció i tractament. En aquest cas, la valoració precoç del pacient i la sospita clínica va reduir la durada de l'episodi, estalviant patiment al pacient i al seu entorn, i evitant l'evolució cap a una forma més greu.

El pacient ha donat consentiment per la redacció d'aquest cas.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MONTSE CIURANA TEBÉ
ROSA COBACHO
SILVIA CATOT
MONTSE DOMÈNECH
ANNA VIDAL

Contacte:
mciurana.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7572

Atenció a la perllongada supervivència de càncer. Gestió compartida entre els dos nivells assistencials

Objectius de l'experiència: el treball corporatiu entre atenció primària i hospitalària centrat en el pacient repercuteix en una millor atenció del pacient llarg supervivent.

Per aquest motiu ens plantejem: realitzar de manera coordinada una atenció integral des de l'atenció primària quan ja s'ha donat d'alta oncològica al pacient de perllongada supervivència (PPS), és a dir, aquell pacient curat que ja no rep tractament, quan ja ha transcorregut un període de 5 anys des del diagnòstic.

Creació d'un full d'informe d'alta oncològica específic dels PPS.

Prioritzar els problemes de salut no oncològics i les necessitats sociosanitàries específiques d'aquests pacients i evitar la fragmentació assistencial, la duplicitat de visites i de proves complementàries innecessàries.

Descripció de l'experiència: es crea el grup, integrat per oncòlegs i metges i infermeria d'atenció primària del territori, que es reuneixen bimensualment per consensuar el protocol a seguir per als PPS i el format del full d'alta oncològica específica.

Es realitzen unes guies de recomanacions de seguiment per a cada tipus de tumor i s'estableix la periodicitat de les revisions i exploracions a realitzar en cada un d'ells, segons el risc de recaiguda.

Es fa formació als equips d'atenció primària del territori per assegurar la continuïtat assistencial i evitar la fragmentació del procés.

Es crea el full específic d'alta hospitalària del PPS.

Es realitza educació i promoció de la salut, amb acompanyament psicoemocional des de l'atenció primària.

El seu equip d'atenció primària es responsabilitza del seguiment del PPS.

Conclusions: l'experiència posa en valor la força del treball compartit entre l'atenció primària i hospitalària amb un objectiu comú: una atenció al PPS eficaç i eficient.

Relevància d'una visió integradora i esperançadora per a la persona.

Aplicabilitat: és un model replicable i aplicable a la resta de territoris català amb la integració coordinada de l'atenció del PPS.

ANNA FELIP PALAUS
ÁLVARO NÚÑEZ FAUSTE
CLAIRE MICHAUT RAVAZZA

Contacte:
alvarofauste@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7573

De Senegal a Catalunya, el viatge d'una úlcera tropical a través de la telemedicina

Àmbit rural.

Motiu de consulta: pacient de 28 anys, natural de Gàmbia, però visitat a Boulembou (Senegal), que presenta una lesió ulcerada a la zona mal·leolar externa del turmell dret, de 2 anys d'evolució.

Història clínica: durant aquest temps ha estat visitat diferents centres de salut i ha estat hospitalitzat en una ocasió. Ha rebut diverses tandes d'antibiòtics (ciprofloxacina, doxiciclina, cloxacil·lina i amoxicil·lina/àcid clavulànic, entre d'altres) sense cap millora clínica. Aquesta lesió és poc dolorosa, però invalidant, motiu pel qual ha hagut de deixar de treballar.

Exploració física: ulceració a nivell mal·leolar extern, d'aproximadament 7-8 cm de diàmetre major i menys d'1 cm de profunditat. A nivell perilesional presenta la pell indurada i alguns nòduls.

Orientació diagnòstica: es realitza una consulta per teledermatologia amb el nostre hospital de referència a Girona. Per la clínica, el context epidemiològic i l'evolució s'orienta el diagnòstic com a úlcera de Buruli.

Patologia: aquesta úlcera és una infecció necrosant de la pell, causada per *Mycobacterium Ulcerans*, de curs lent, associada a climes tropicals. Es desconeix el mecanisme de transmissió, fet pel qual no es pot prevenir. En un 55% dels casos afecta les extremitats inferiors; en un 35%, les superiors, i en un 10%, altres localitzacions.

Tractament i seguiment: es va tractar el pacient amb rifampicina 10 mg/kg/dia i claritromicina 7,5 mg/kg/12 h durant 12 setmanes. Es van realitzar cures i controls al centre de salut durant aquest període, motiu pel qual va tenir bona evolució, amb curació total de la lesió.

Conclusions: s'han notificat casos d'úlcera de Buruli a 33 països, amb climes tropicals i subtropicals. L'Organització Mundial de la Salut recomana que s'integri en els programes de lluita contra les malalties tropicals desateses de la pell. Destaquem en el nostre cas la importància de la telemedicina, el seguiment del pacient i la insistència en l'adherència al tractament.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANA MORAGAS MORENO
MARTA BALDRICH JUSTEL
SILVIA HERNÁNDEZ ANADON
SILVIA CRISPI CIFUENTES
ANA MARTÍN LORENTE
SONIA CORTILES BOSCH

Contacte:
anamaria.moragas@urv.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7576

Prescripció d'antibiòtics abans i durant la pandèmia de la COVID-19

Objectius: determinar les dosis habitant/dia (DHD) dels antibacterians d'ús sistèmic més prescrits durant l'any previ a la pandèmia, comparant-les amb la prescripció realitzada durant els anys de pandèmia de la COVID-19 en un centre d'atenció primària urbana.

Material i mètode: estudi descriptiu retrospectiu observacional de la prescripció dels 18 metges de família del nostre centre de salut d'atenció primària (població total 31.220 h; font Khalix en els anys 2019, 2020 i 2021) de les DHD dels antibacterians per a ús sistèmic. Les dades s'obtenen a través de l'aplicació de farmàcia de l'Institut Català de la Salut corresponent al període descrit anteriorment. Es realitza estadística descriptiva utilitzant el programa SPSS versió 17.0 per Windows.

Resultats: s'observa una reducció en les DHD dels antibacterians d'ús sistèmic. Durant l'any 2019 el DHD va ser de 5,977; l'any 2020, 3,916, i l'any 2021, 3,666. Durant els tres períodes, l'antibiòtic més prescrit va ser amoxicil·lina/clavulànic amb un descens durant la pandèmia (DHD del 2019: 1,064; 2020: 1,083, i 2021: 1,066), seguit d'amoxicil·lina (2019: 1,95; 2020: 0,977, i 2021: 0,826) i fosfomicina (2019: 0,184; 2020: 0,172, i 2021: 0,209)

Conclusions: hi ha hagut una reducció de la prescripció d'antibacterians durant els mesos de pandèmia en més de 2 punts (de 2,061 punts durant l'any 2020 i de 2,311 punts durant l'any 2021) probablement degut a múltiples causes (disminució de la presencialitat, ús de mascaretes...) i s'ha de veure si aquesta tendència continua després de la pandèmia. Falten estudis encara que ens puguin donar més explicacions d'aquesta reducció.

MARIA ANTONIA LAFARGA GIRIBETS
EDUARD PEÑASCAL PUJOL
ENRIC MORENO MARTÍ
ELENA JUSTRIBÓ SÁNCHEZ
ESTEBAN PASCUAL VICIANA NIETO

Contacte:
alafarga@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7579

Escenaris d'aprenentatge preferits pels nostres residents i els seus tutors

Objectiu: establir l'opinió dels protagonistes del procés formatiu sobre la pertinença de l'entorn d'atenció primària (AP) per a l'adquisició de competències en l'àmbit de problemes de salut de l'àrea de l'aparell locomotor.

Material i mètodes: enquesta en línia a residents i tutors d'unitats docents de medicina familiar i comunitària de tot l'estat espanyol sobre l'adequació dels diferents escenaris on adquirir habilitats i tècniques relacionades amb el maneig de problemes de salut de l'àrea de l'aparell locomotor, descrites en el POE.

Mostra potencial (calculada segons places en el període 2013-2016) N = 681. Variables: edat, sexe, anys d'experiència (tutor), any de residència i grau de resolució subjectiva (tutor). Denominació de competències: infiltració periarticular, embenats, fèrules, exploració d'articulacions/extremitats, sutures, immobilitzacions per trasllat, abordatge familiar i psicosocial dels pacients amb problemes musculoesquelètics crònics i coneixement d'exercicis de rehabilitació. Maneig terapèutic i diagnòstic de l'esquinç, traumatisme cranioencefàlic (TCE) lleu, lesió muscular aguda, pronació dolorosa, fractura de falanges i saber realitzar exercicis de rehabilitació per als pacients.

Escenaris d'aprenentatge: centre de Salut (CS): propi/extern/urgències; hospital: servei/ urgències.

Resultats: 538 respostes, 45,9% tutors. Centres semirurals-urbans (90,5%). 64,7% homes. Edat 25-35 anys (46,8%), 35-50 anys (28,4%), 51-65 anys (24,7%). Any de residència (R1-2-3-4): 30,2%-21,3%-22,3%-26,1%. Anys d'experiència (tutor): 1-3 anys: 18,3%; 4-10 anys: 41,5%, i >10 anys: 40,2%. En els tutors, el nivell de resolució percebut va ser de 4/5 en un 58,4%.

El 84,61% de les competències avaluades poden adquirir-se prioritàriament en el propi CS, segons el parer dels enquestats. Per a algunes competències relacionades amb patologia aguda (fèrules, sutures, immobilització pel trasllat, TCE lleu i fractura de falanges) es valora l'aprenentatge prioritari a urgències hospitalàries (48,88%-31,59%-20,44%-28,25%-33,64%, respectivament).

La correlació entre el grau de resolució dels tutors i la percepció d'adequació de l'adquisició de les competències en el CS és de $p < 0.005$ en fèrules, sutures, immobilització d'articulacions per trasllat, reducció de la pronació dolorosa i maneig de fractura de falanges.

Conclusions: la major part de les habilitats en competències/tècniques exposades poden ser assolides en el propi CS, amb particular èmfasi en el grau de resolució percebuda pel tutor.

MARÍA ANTONIA LAFARGA GIRIBETS
ALEJANDRA MARÍA MILLERA
ESTER ANDREU MAYOR
ELENA JUSTRIBÓ SÁNCHEZ
EVA CAMATS ESCODA
IVETTE MIRÓ BERNAUS

Contacte:
alafarga@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7581

Determinació de l'eficiència hemoglobina glicada venosa versus hemoglobina glicada capil·lar

Objectiu: determinar l'eficiència de la determinació en sang capil·lar considerant la reducció de recursos humans, econòmics i temps. Quantificar els pacients amb un nombre adequat de controls entre l'estratègia habitual (determinació de l'hemoglobina glicada [HbA1c] venosa semestral) i la nova estratègia (1 HbA1c venosa + 1 HbA1c capil·lar).

Material i mètodes: estudi retrospectiu en pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 en una àrea bàsica de salut (ABS) urbana.

Criteris d'exclusió: no consentiment, gestació, portadors d'hemoglobinopatia, usuaris amb dificultat de logística o en seguiment per endocrinologia.

Variables: edat (anys), sexe (home/dona), nombre i tipus de determinacions d'HbA1c l'any d'inici i el posterior, resultats d'HbA1c (%), recursos emprats (preu/determinació) i temps del professional. Es recullen les dades del 2018, quan es realitzaven HbA1c venoses i capil·lars, i es comparen amb les dades del 2019, quan només es realitzaren HbA1c venoses. A partir de l'ECAP, la recollida i la introducció de dades anònimes emprà Microsoft Excel i les anàlisis estadístiques SPSS.

Resultats: N = 1.036; 55,5% homes. Edat (mitjana \pm desviació estàndard [DE]): 68,7 \pm 12,6 anys. Temps des del diagnòstic: 10,32 \pm 6,35 anys.

L'any 2018: mitjana d'HbA1c venosa vs. capil·lar 7,11% \pm 1,27 vs. 7,18% \pm 1,25 ($p > 0,05$), amb un percentatge de pacients amb dues determinacions del 46,9% (0 HbA1c: 13,2%; 1 HbA1c: 40%; 2 HbA1c: 37,2%; 3 HbA1c: 8,4%; 4 HbA1c: 1,1%, i 5 HbA1c: 0,2%). Considerant només les determinacions en sang venosa, aquest percentatge és del 24,3% (0 HbA1c: 14,2%; 1 HbA1c: 61,4%; 2 HbA1c: 19,6%; 3 HbA1c: 3,9%; 4 HbA1c: 0,6%, i 5 HbA1c: 0,2%).

En comparació, l'any 2019 l'HbA1c va ser 7,046% \pm 1,16, amb un 33,76% de pacients amb 2 determinacions (0 HbA1c: 12,37%; 1 HbA1c: 66,2; 2 HbA1c: 28,46%; 3 HbA1c: 4,2%; 4 HbA1c: 0,85%, i 5 HbA1c: 0,25%). Segons el catàleg de preus (DOGC Núm. 6079–2.3.2012), el preu de dues extraccions venoses i dues visites és de 201-258€/usuari (segons visites d'infermeria-medicina), mentre que la determinació venosa + capil·lar amb visita medicina-infermeria és de (IC95%) 148-172€/usuari. En el total de la mostra del 2018, les hores emprades en HbA1c venosa + visita foren de 844-1.689, mentre que en l'HbA1c capil·lar+ visita va ser de en 585-762 h.

Conclusions: el nombre de pacients amb 2 HbA1c és major amb l'estratègia d'extracció mixta (venosa + capil·lar), amb una major eficiència (ateses les hores sanitàries necessàries i el cost), en un ABS de tipus urbà.

CLARA GASCÓN MERLOS
TERESA TOMÁS BERTRAN
LAURA ÀLVAREZ NODARSE

Contacte:
clara.gmbp@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7595

Darrere d'una cefalea...

Àmbit: atenció primària.

Motiu consulta: cefalea.

Història: home de 64 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, mutació heterozigota del factor II de la protrombina i síndrome d'anticossos antifosfolípids en tractament amb acenocumarol, aneurisma d'aorta abdominal intervingut i cefalea occipital crònica de característiques tensionals.

Acudeix al centre d'atenció primària referint cefalea hemicraneal dreta de 4 dies d'evolució sense altra simptomatologia associada. La cefalea és constant i més intensa que la que pateix habitualment. El desperta alguna nit. Explica que el paracetamol no li aporta gaire millora.

Les constants i l'exploració neurològica resulten anodines i s'orienta com una cefalea tensional.

Als 10 dies torna a consultar perquè, malgrat que es troba millor, mai està lliure de dolor i s'exacerba en moments de més tensió. L'exploració neurològica segueix essent normal i els polsos temporals també. Es demana tomografia computada (TAC) cranial per cefalea que no respon a analgèsia i s'evidencia hematoma subdural subagut frontotemporal bilateral amb efecte de massa sobre els solcs de les convexitats de predomini dret.

Judici clínic: hematoma subdural.

Diagnòstic diferencial: cefalees primàries o secundàries a lesió intracranial.

Tractament: trepanació parietal dreta amb evacuació de l'hematoma.

Evolució: Al cap de 6 mesos, TAC amb resolució de les col·leccions. Segueix amb tractament anticoagulant.

Conclusions: les característiques del pacient amb risc trombotic elevat en tractament anticoagulant juntament amb els signes d'alarma que presentava (edat, cefalea que el despertava, diferent de l'habitual i que no cedia al tractament habitual) ens podia haver alertat més aviat i malgrat l'exploració neurològica normal es podia haver demanat una TAC urgent o es podia haver derivat a urgències i evitar el perill que va córrer durant el temps que es va trigar a diagnosticar i intervenir. Cal estar alerta i tenir clars els signes d'alarma d'una cefalea, ja que de nosaltres depèn en bona part el futur del pacient.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LAURA DONAT BENEYTO
ROCIO LEGAZ PAGAN
ESTEFANÍA MONTORO SANCHÍS
JUDIT MORILLAS VIEJOBUENO
SUSANNA DALMAU VIDAL
ANA MARIA LÓPEZ DELGAGO

Contacte:
ldbeneyto.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7604

L'increment de l'ús de l'eConsulta durant la pandèmia per COVID-19

Objectiu: Descriure l'ús de l'eConsulta en el context de la pandèmia per COVID-19 i comparar el seu ús actual amb dades anteriors a la pandèmia.

Material i mètodes: estudi transversal descriptiu a partir de les dades d'un centre d'atenció primària urbà amb una població de 20.805 habitants. Al centre hi treballen 32 professionals de la salut, dels quals 17 són metges i 15 infermeres. L'estudi realitzat és retrospectiu, ja que es revisen dades de l'agost del 2017 fins a l'agost de 2021.

Resultats: l'agost del 2021, el nombre de pacients que havien utilitzat l'eConsulta els 12 mesos anteriors era de 8.507 persones (40,89%). En contrast, l'any 2018 tan sols 296 persones la van fer servir (l'1,67%). Així mateix, el nombre de professionals que l'últim any l'han emprada per comunicar-se amb els pacients ha estat de 31, dels quals 17 han estat metges (100%) i 14 infermeres (93,3%); la única professional que no l'ha utilitzada ha estat de baixa.

D'altra banda, 6.495 persones de l'àrea bàsica (31,22%) van fer servir l'eConsulta més d'una vegada, mentre que el 2018 només 160 persones (0,90%) ho va fer.

Pel que respecte al temps de resposta, el 77,21% de converses han estat contestades en menys de 24 h i un 86,39% han estat contestades en menys de 48 h.

Conclusions: el 100% dels professionals han passat a utilitzar aquest mitjà de comunicació cada dia degut a la pandèmia. S'ha generat un creixement exponencial de l'ús de l'eConsulta. S'observa que l'ús d'aquest mitjà de comunicació no és puntual, ja que la majoria de persones que l'empen (31,22%) ho fan de manera habitual. Per tant, la pandèmia per COVID-19 ha impulsat l'ús de l'eConsulta per compensar el descens de presencialitat als centres.

ROSA CABALLOL ANGELATS
ANNA PANISELLO TAFALLA
LOUBNA YASSINI SIBARI
MARIA FERRER ALVADO
MAYLIN MONTELONGO SOL
JORGINA LUCAS NOLL

Contacte:
rcaballol.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7607

Les primeres cent i escaig ecografies clíniques en un equip d'atenció primària

Objectiu: valorar la implantació inicial de l'ecografia clínica en un centre d'atenció primària (AP).

Material i mètodes: estudi descriptiu retrospectiu de les ecografies clíniques realitzades per un únic facultatiu en una consulta d'AP. Població: pacients atesos a un CAP. Període d'estudi: juny-desembre 2021. Variables d'estudi: sexe, edat, nombre d'ecografies realitzades, motiu de consultes, resultats obtinguts, derivacions realitzades.

Resultats: s'han realitzat 150 ecografies clíniques: 58 (39%) abdominals, 49 (33%) renovesicals, 30 (20%) pulmonars, 11 (7%) vasculars de les extremitats inferiors i 2 (1,3%) eFAST.

Els motius de consulta van ser alteració de les transaminases, dolor abdominal, distensió abdominal, síndrome tòxica, síndrome prostàtica, còlic nefrític, còlic hepàtic, infecció per COVID-19, símptomes per COVID-19 persistent, dispnea, dolor de l'extremitat inferior, edema a l'extremitat inferior, seguiment evolutiu de litiasis renals i quists renals o hepàtics.

S'han observat troballes patològiques en 72 casos (48%): patologia pulmonar en 18 (25%) (2 vessaments pleurals, 7 patrons intersticial difusos per insuficiència cardíaca i 6 amb COVID-19, 2 consolidacions subpleurals per COVID-19), 13 esteatosis hepàtica (18%), 10 litiasis renals (14%), 9 hipertròfies benignes de pròstata (13%), 5 lesions ocupants d'espai (quists hepàtics, renals; 7%), 4 litiasis biliars (6%), 3 aneurismes d'aorta (4%), 2 trombosis venoses profundes (3%) i 2 ascites (3%).

Del total, en 106 casos s'ha fet el seguiment a l'AP (71%) i s'han realitzat 44 derivacions entre urgències i diverses especialitats hospitalàries. S'han demanat 11 tomografies computades abdominals per completar o confirmar l'estudi.

Conclusions: l'ecografia clínica a l'AP millora l'orientació diagnòstica dels pacients i aporta valor a la tasca assistencial.

L'ecografia clínica optimitza les derivacions a les especialitats hospitalàries, i augmenta la precisió de les proves complementàries a realitzar per continuar l'estudi.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ALEJANDRA ALIJA
MÓNICA FARO COLOMÉS
MARÍA DOLORES SILICIO MARTÍN

Contacte:
aalija@cst.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7616

Timoma, el gran desapercebut

Àmbit: atenció primària

Motiu de consulta: home de 79 anys que, mentre acompanya la seva dona a la visita, refereix astènia.

Història clínica: antecedents personals destacats: exfumador, hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2, malaltia pulmonar obstructiva crònica greu no aguditzada, anèmia ferropènica, adenomes avançats ressecables amb controls a digestologia. Anamnesi: astènia de 2 mesos sense síndrome tòxica, dolor toràcic, palpitations, mareig, ortopnea, dispnea paroxística nocturna ni clínica infecciosa. No símptomes B. Exploració cardiovascular, respiratòria, abdominal, neurològica i constants sense alteracions. No adenopaties.

Proves complementàries: analítica hemograma, ionograma, glicèmia, perfil hepàtic, tirotròpina, vitamina B12, folats, pro-BNP sense alteracions. Saturació transferrina 10%, ferritina 19. Radiografia de tòrax: nòduls pulmonars, eixamplament mediastínic. Tomografia computada toràcica: tumoració mediastínica de possible origen tímica amb signes d'infiltració local. Disseminació M1 pulmonar. Biòpsia: timoma.

Enfocament familiar: cuidador principal de la dona amb Alzheimer GDS4. Independent per a les activitats diàries. Quatre fills, viuen fora.

Judici clínic: cal recordar les masses mediastíniques anteriors, com ara timoma, teratoma, tiroide i terrible limfoma (les 4T) entre d'altres. El timoma és un tumor maligne d'origen epitelial poc comú amb bona supervivència. Un 40-50% són troballes incidentals. La clínica apareix per símptomes locals i efecte massa (tos, paràlisi del nervi frènic, síndrome de la vena cava superior, etc.). S'ha relacionat amb símptomes paraneoplàsics autoimmunes, principalment amb la miastènia gravis (30%) i es recomana completar l'estudi amb anticossos.

Tractament: segons extensió (ressecable, parcialment ressecable o irressecable) es valora intervenció quirúrgica o tractament amb quimioteràpia/radioteràpia.

Evolució: inicialment no volia fer-se la biòpsia si calia ingressar, per poder cuidar la dona. S'explica el procediment i l'abordatge biopsicosocial des de primària i, aleshores, accepta la biòpsia. Per l'estadi T3 s'inicia quimioteràpia neoadjuvant pendent de resposta, per valorar la intervenció quirúrgica. Asintomàtic, però minimitza la clínica pel seu rol de cuidador.

Conclusió: tot timoma és maligne i cal destacar la correlació amb la miastènia gravis. En aquest cas és important l'abordatge clínic, però és imprescindible l'abordatge emocional i social: la pandèmia de la COVID-19 i el major aïllament social en un home cuidador i minimitzador pot comportar diagnòstics tardans.

ANNA BENAVIDES BOIXADER
MIREIA JORDÀ BELLO

Contacte:
abenavidesb.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7618

Lumbàlgia i incontinència urinària. Una associació a tenir en compte

Àmbit del cas: atenció primària + hospitalària.

Motiu de consulta: lumbàlgia.

Història clínica: dona de 50 anys, diabetis *mellitus* de tipus 2, asma al·lèrgica greu. Discopatia lumbar intervinguda en múltiples ocasions: disectomia L4-L5 esquerra (2008), artròdesi L4-S1 (2015), reartròdesi L3-S1 (2017), recol·locació viscos L3 (2020). Trastorn depressiu major recurrent amb temptativa suïcida, seguiment per psiquiatria.

Anamnesi: refereix dolor lumbar bilateral de característiques mecàniques, irradiat a l'extremitat inferior esquerra de 24 h d'evolució, que no millora amb analgèsia. Quadre acompanyat de parestèsies al peu esquerre i incontinència urinària. Nega incontinència fecal, febre ni antecedent traumàtic.

Exploració física: es troba hemodinàmicament estable, afebril. Globus vesical. Punyopercussió lumbar bilateral negativa. No masses pulsàtils. Apofisàlgia columna lumbar. Lasègue i Bragard negatius. Extremitat inferior esquerra amb un balanç muscular dels peroneus 4/5, tibials anteriors 1/5, extensors llargs del dit gros 1/5. Reflexes osteotendinosos abolits. Reflex cutaneoplantar esquerre indiferent. Hipoestèsia amb mala discriminació a la zona genital i a la cara externa de la cama esquerra. Polsos pedis bilaterals i simètrics.

Proves complementàries: analítica i sediment d'orina normals. Radiografia de columna lumbar sense lesions agudes amb artròdesi correcta. Tomografia computada i ressonància magnètica de columna lumbar amb canvis postquirúrgics, canal vertebral lumbar d'amplitud normal sense lesions compressives. Lleu dilatació pielocalicina i mínima ureteral dreta, sense imatges de litiasi.

Diagnòstic diferencial: còlic renal, cua de cavall, bufeta neurògena, espondilodiscitis.

Evolució: millora del dolor amb analgèsia endovenosa. És valorat a traumatologia i es descarta síndrome de cua de cavall. Urologia indica col·locació de sondatge vesical permanent i estudi ambulatori.

Orientació diagnòstica: bufeta neurògena.

Conclusions: la importància d'identificar signes d'alarma de la lumbàlgia, motiu freqüent de consulta a l'atenció primària, especialment en pacients de risc (immunodeprimits, antecedents d'intervenció) i comorbiditats (diabetis). Importància dels factors biopsicosocials en el control del dolor i l'adherència al tractament. Evitar l'estigmatització de pacients hiperconsultors o amb patologia psiquiàtrica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTINA AGUSTÍ TURÓN
RAQUEL SCHULZ MESTRE
MARIONA MOLINA CALLE

Contacte:
martina.agusti@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7620

Des de no rentar el cotxe a rentar-se les mans: errors comuns a evitar en el tractament de l'escabiosi

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius consulta: persistència de pruija generalitzada després de tractament amb permetrina tòpica.

Història clínica: dona de 15 anys. Nega antecedents personals d'interès. Presenta pruija generalitzada, sobretot nocturna, des de fa 2 mesos. Ella i els seus convivents han fet tractament fa un mes amb permetrina tòpica 5% i neteja ambiental. Consulta per persistència clínica i demana un nou tractament. En l'exploració destaquen nous solcs patognomònics als canells, interdigitals i lesions per rascat.

Enfocament familiar i comunitari: mare amb pruija, solcs interdigitals i lesions per rascat.

Orientació diagnòstica: escabiosi.

Pla: repetir el tractament amb permetrina tòpica al 5%. Repassar com s'aplica el tractament i com fer una neteja ambiental, i insistir en el rentat dels seient del cotxe, per exemple, que no s'ha fet fins al moment.

Evolució: millora la pruija i no apareixen noves lesions durant 4 setmanes.

Conclusions: l'escabiosi és una parasitosi comuna. El contagi és per contacte directe perllongat. El tractament de primer línia és l'aplicació de permetrina tòpica al pacient i els seus convivents, i la neteja ambiental. És habitual la reconsulta per persistència de la pruija postaplicació del tractament. Cal avisar que els símptomes són deguts a una reacció d'hipersensibilitat als àcars i, per això, la pruija pot romandre fins a 2 setmanes posttractament sense que això signifiqui fallada terapèutica. Només s'indica una segona dosi 15 dies després de la dosi inicial si apareixen noves lesions específiques. En la majoria de casos, la fallada terapèutica és deguda al mal compliment de la neteja ambiental (com no netejar els sofàs o els seients del cotxe) o a la mala aplicació del tractament tòpic (deixant zones sense permetrina o perquè es renten les mans abans de 8 h després de l'aplicació). Com a metges de família és important conèixer els errors més comuns anteriorment detallats per corregir-los i evitar una mala prescripció de tractaments de segona línia.

BERTA ROCHER ROS
ALEJANDRO VIDAL
THAIS GIMÉNEZ BAYA

Contacte:
bertarocher@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7621

No tot és només "ansietat"

Àmbit del cas: consulta d'atenció primària (AP).

Motiu de consulta: dona de 21 anys que consulta per ansietat.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: condropatia rotular.

Cronograma: consulta per angoixa, irritabilitat i ideació autolítica no estructurada des del diagnòstic recent de càncer de la mare. Exploració física: normal. Es realitza escolta activa i seguiment setmanal.

Posteriorment consulta en múltiples ocasions a urgències de diferents dispositius per motius diversos com irritabilitat, cefalea, dificultat per a la concentració i alteració de la memòria, dificultat per a la lectura, etc. amb exploració física i neurològica normal. S'orienta en totes les ocasions com a síndrome ansiosa. Davant la dificultat del control simptomàtic s'inicia tractament amb inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS) i seguiment per psiquiatria.

Un mes després consulta a urgències hospitalàries per inestabilitat de la marxa sense vegetatisme ni rotació d'objectes, debilitat i astènia. Refereix episodis de diplopia binocular i parestèsies. Exploració física: nistagme vertical, diplopia en la mirada horitzontal, hipoestèsia a l'hemicara i l'hemicòs esquerres.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: síndrome ansiosa depressiva. Alteració de l'atenció i la memòria. Síndrome vestibular central. Parestèsies i hipoestèsia. Diplopia.

Tractament i plans d'actuació: se sol·licita tomografia computada de crani i valoració per part de neurologia.

Evolució: tomografia computada de crani: diverses lesions a la substància blanca periventricular i juxtacortical bihemisfèrica, d'aspecte desmielinitzant, suggestives d'esclerosi múltiple.

S'ingressa a Neurologia per completar estudi i inici tractament.

Conclusions (i aplicabilitat per a la medicina de família)

L'esclerosi múltiple pot presentar-se inicialment amb simptomatologia psiquiàtrica com irritabilitat, angoixa o depressió.

En el diagnòstic diferencial de la simptomatologia psiquiàtrica hem de tenir presents altres malalties d'origen orgànic.

L'atenció longitudinal i la visió global i unificada dels nostres pacients és important per evitar retards diagnòstics que es poden donar quan aquests realitzen múltiples consultes en diferents dispositius d'urgències i de forma desorganitzada.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANNA ESTAFANELL CELMA
PETRU CHICU
BEGOÑA DE IRLA SAN JULIÁN

Contacte:
aestafanell.centre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7623

Sagnat vaginal postmenopàusic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: sagnat vaginal.

Història clínica: dona de 72 anys amb antecedents de poliartròsi, en tractament amb paracetamol, i dislipèmia, en tractament amb mesures higienicodietètiques. Consulta per disúria i sagnat ocasional des de fa 3 mesos. Cultiu d'orina sense alteracions. Derivada a ginecologia amb sospita de metrorràgia postmenopàusica. Mentre espera ser visitada, reconsulta per sagnat continuat i dolor a nivell genital. En l'exploració física es visualitza massa arrodonida d'un centímetre de diàmetre, mucosa friable al tacte. Amb el nou diagnòstic de carúncula uretral s'acorda esperar a la setmana següent per a la visita amb l'especialista. Es prescriuen corticoides tòpics amb millora clínica pocs dies després. S'aconsella no portar roba ajustada. Ginecologia confirma diagnòstic i valora l'opció quirúrgica. Davant la millora clínica amb el tractament prescrit des de l'atenció primària es desestima la intervenció. Posteriorment, té algun episodi de molèsties a nivell local que milloren amb tractament tòpic.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: la carúncula uretral és una entitat poc freqüent de sagnat vaginal en dones postmenopàusiques. És important des de l'atenció primària la longitudinalitat en el seguiment dels pacients i fer una exploració física adequada per poder filiar diagnòstic.

La carúncula uretral és una tumoració benigna, polipoide, arrodonida, vermellosa i brillant que s'origina a prop del marge posterior o inferior del meat uretral. L'etiologia i fisiopatologia no estan clares. Alguns factors desencadenants podrien ser els augments de pressió abdominal, dones multipares, infeccions urinàries recidivants, dèficits estrogènics en dones postmenopàusiques o postquimioteràpia.

Clínica variable: disúria, urgència miccional, retenció urinària, sagnat i disparèunia.

Diagnòstic clínic, i cal diagnòstic diferencial amb prolapses uretrals o vesicals, diverticles uretrals o tumors malignes.

El tractament inicial sol ser conservador amb banys de seient i cremes d'estrògens. Si no és efectiu, cal valorar opcions quirúrgiques.

ELISENDA FLORENSA CLARAMUNT
ROBERT PANADES ZAFRA
CLAUDIA GONZÁLEZ

Contacte:
eflorensa.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7625

L'ecografia portàtil al món rural

Àmbit del cas: àmbit rural.

Motiu de consulta: tumoració cervical.

Història clínica: enfocament individual: home de 46 anys, sense hàbits tòxics ni antecedents d'interès, que consulta l'octubre de 2020 per augment de mida del coll, progressiu, de 6 mesos d'evolució, sense disfàgia, dificultat per respirar, ni síndrome tòxica. L'exploració física és compatible amb l'existència de goll tiroïdal amb nòduls bilaterals. Es realitza ecografia clínica al consultori local amb ecògraf portàtil que mostra múltiples quists tabicats sense calcificacions en ambdós lòbuls tiroïdals. L'anàlisi mostra hipertiroïdisme subclínic. El pacient es deriva a cirurgia i és atès 15 dies després. Es realitza tomografia computada cervical i biòpsia guiada per ecografia.

Enfocament familiar i comunitari: viu en entorn rural, separat i amb una filla. Realitza activitat agrícola. El símptoma començà a l'inici de la pandèmia i coincidí amb el confinament. La dificultat per accedir a l'atenció sanitària i la por del pacient al contagi i a morir a l'hospital, segons refereix, endarrerí la primera visita 6 mesos.

Judici clínic, identificació de problemes: el curs clínic lentament progressiu indueix a pensar que es tracta d'un goll multinodular. Realitzar l'ecografia clínica a la consulta permet sospitar una patologia de més gravetat i sol·licitar valoració especialitzada urgent.

Tractament: amb el diagnòstic de carcinoma fol·licular tiroïdal se li realitza tiroidectomia i posteriorment radioïode.

Evolució: el pacient rep tractament amb levotiroxina, realitza seguiment i ja ha reiniciat la seva activitat laboral.

Conclusions: el tancament dels consultoris locals des de l'inici de la pandèmia ha causat endarreriments diagnòstics. La bretxa digital al món rural dificulta l'accessibilitat al sistema sanitari. La por a sortir del domicili i ingressar en un centre hospitalari durant la primera onada també ha causat endarreriments. L'ecografia clínica ens ha estat d'ajuda per evitar més demores i orientar correctament des de la primera visita.

NÚRIA DOMEDEL PUIG
XAVIER DE MIGUEL SERRA
MARÍA DOLORES MORENO ANDÚJAR

Contacte:
ndomedelp.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7626

Síndrome de Stevens-Johnson, a propòsit d'un cas

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: odinofàgia i lesions dermatològiques de 5 dies d'evolució.

Història clínica: enfocament individual: home de 82 anys en seguiment a atenció primària des de fa 20 anys.

Antecedents personals: obesitat mòrbida, hipertensió arterial, síndrome d'apnea obstructiva del son, fibril·lació auricular, insuficiència renal crònica, tumor vesical (lliure de malaltia), melanoma cutani a calota cranial (estadi IIIc, intervingut quirúrgicament, actualment en tractament amb pembrolizumab).

Anamnesi: aparició de lesions a la pell i la mucosa oral, que li dificulten la marxa i la ingesta. Infecció recent de la tumoració cranial tractada amb amoxicil·lina/àcid clavulànic.

Exploració: exantema toràcic maculopapular eritematós, plaques eritematoses amb centre necròtic als braços i palmes, crostes hemorràgiques labials, lesions leucoqueratòsiques linguals, amb signe de Nikolsky negatiu.

Judici clínic: el pacient és derivat a urgències hospitalàries sota sospita de síndrome de Stevens-Johnson secundària a fàrmacs (antibiòtic vs. biològic), entitat que va ser confirmada posteriorment.

Diagnòstic diferencial: reacció adversa medicamentosa, fototoxicitat, necròlisi epidèrmica tòxica, pèmfing paraneoplàsic.

Identificació de problemes: tant el pembrolizumab com altres inhibidors check-point (o de punt de control immunitari) s'associen a un alta incidència d'efectes adversos cutanis, alguns d'ells de naturalesa greu. L'augment en l'ús de fàrmacs biològics pot comportar una major incidència de consultes a primària sobre lesions que altrament són rares en el nostre àmbit.

Tractament i plans d'actuació: a l'hospital es van iniciar corticoteràpia i antibioteràpia, tant sistèmica com tòpica, amb retirada del pembrolizumab.

Evolució: malgrat la resolució completa de les lesions, el pacient va ser èxitus al cap de dos mesos per descompensació de les comorbiditats de base.

Conclusions: aquest cas posa de manifest, per una banda, l'existència de múltiples agents etiològics possibles (polifarmàcia, neoplàsies subjacents) i, per l'altra, la necessitat de la formació del metge de família en aspectes generals sobre l'ús i efectes adversos dels fàrmacs biològics.

BALBINA MARÍN DE PRADA
GRISELDA MARTÍN CARPENA
BARBARA NAVARRO ARAMBUO

Contacte:
balby.m.dp2@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7627

Parkinsonismo sin Parkinson en atención primaria

Motivo consulta: quejas sobre pérdida de la memoria. No alucinaciones. No cefalea.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial con buen control farmacológico, infarto isquémico carotideo derecho aterotrombótico a los 58 años. Confirmado por resonancia magnética craneal, que mostró infarto lenticular + isquemia pontina+ LK. Quedaron bradicinesia y bradipsiquia como secuelas que motivaron probablemente un accidente laboral a los 60 años con rotura tendinosa de la mano derecha.

Anosmia, que el paciente relaciona con trabajo en fábrica de jabones.

Depresión postictus y alteraciones conductuales (ludopatía).

Exploración neurológica: facies hipomímica, temblor, rigidez y bradicinesia de predominio derecho. Froment positivo. No temblor. Reflejos posturales disminuidos. Marcha parkinsoniana. No ataxia ni nistagmo.

Pruebas complementarias en primaria: 1. Tomografía computarizada craneal: prominentes calcificaciones bilaterales simétricas en ganglios basales y hemisferios cerebelosos + infarto antiguo cerebral hemisferio derecho con dilatación 2.º ventrículo derecho + atrofia regiones perisilvianas. 2. Análítica: estudio fosfo-cálcico normal. Fx tiroidea, hormona paratiroidea, fx renal y vitamina D normales

Juicio clínico: nos encontramos con un parkinsonismo secundario a calcificación de los núcleos basales (principalmente lenticular) en paciente con extensas calcificaciones idiopáticas (síndrome de Fahr).

Se inicia L-Dopa con pobre respuesta y se deriva a neurología, unidad de movimiento, con la orientación de síndrome rígido acinético en contexto de extensas calcificaciones cerebrales.

Conclusiones y aplicabilidad para médicos de familia: 1. Aunque el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson es exclusivamente clínico, la imagen es obligatoria ante semiología parkinsoniana para excluir patologías causantes de parkinsonismo secundario. 2. Aunque la mayoría de las calcificaciones en ganglios basales son asintomáticas, la calcificación de los núcleos lenticulares puede conllevar parkinsonismo por las eferencias de este núcleo con la sustancia negra del mesencéfalo. 3. Ante calcificaciones bilaterales en ganglios basales que traduzcan valor patológico se debe recordar que las causas principales son hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Down, intoxicación por monóxido carbono (braseiro de carbón) o idiopáticas, como el excepcional (por su extensión) caso que se aporta.

AMPARO NAVASQUILLO CALDERÓN
MARIA FERRÉ FERRATÉ
M^a JOSÉ RALLO MOYA
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
JORGINA LUCAS NOLL
ANTONI SORNI HUBRECH

Contacte:
anavasquillo.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7629

Primera visita sense pacient. Millora de la capacitat de resolució a l'atenció primària

Introducció: amb la pandèmia de la COVID-19, que ha comportat augment del teletreball i tancament d'algunes consultes, vam detectar una manca de comunicació bidireccional entre nivells assistencials. El fet d'haver de recuperar l'activitat i l'increment de les llistes d'espera ens va portar a estudiar com millorar la comunicació i coordinació entre nivells. En aquest procés de revisió es va visualitzar que hi havia primeres visites que es feien en centre hospitalaris i que no aportaven valor. Per tot això es va implantar una via única d'entrada de primeres visites amb l'hospital de referència d'un territori d'atenció primària (AP) via primera visita sense pacient.

Objectius: l'objectiu principal és millorar la capacitat de resolució per part de l'AP; els objectius secundaris són augmentar les primeres visites a l'atenció hospitalària (AH) amb proves vinculades, disminuir el temps d'espera del pacient i millorar la comunicació entre nivells.

Mètode: el juny del 2019 es va implantar com a interconsulta des de l'AP a l'AH la primera visita sense pacient. Quan el professional de l'hospital rep una sol·licitud de primera visita per part de l'AP pot: 1. proposar un tractament/seguiment des de l'AP; 2. demanar proves complementàries prèvies a la visita i citar presencial; 3. programar una primera visita telemàtica, i 4. demanar a atenció primària que manca informació.

Resultats: un 75% de les consultes han estat contestades per part de l'AH en <3 dies, un 90% en <5 dies. S'ha disminuït el temps mig d'espera per a una primera visita. Un 16% de les primeres visites han anat acompanyades d'una prova complementària prèvia a la visita. El 70% de professionals d'AP i AH estan bastant-molt satisfets. Un 65% indica que l'ajuda assistencialment. I un 80% creuen que és positiu per als usuaris.

Conclusions: la primera visita sense pacient ha millorat els temps d'espera, així com la capacitat de resolució de l'atenció primària.

MARIA BENEJAM FERNÁNDEZ
ANNA COSTA VIUDEZ
EVA ALTÉS VAQUÉS

Contacte:
mariabenejam@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7630

Estirar el fil (de sutura) per arribar a un diagnòstic

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: dolor pelvià i incontinència residual postintervenció quirúrgica, amb hematúria macroscòpica intermitent.

Història clínica: antecedents personals: miomes uterins, incontinència urinària mixta, síndrome ansiosodepressiva.

Anamnesi: dona de 45 anys, intervinguda 11 mesos abans d'histerectomia abdominal total, salpingectomia i ureterocistopèxia per incontinència urinària mixta i miomes uterins. Des d'aleshores, dolor abdominal i pelvià amb episodis d'hematúria macroscòpica. Absència de canvis en el flux vaginal, febre o altres símptomes.

Exploració física: abdomen tou, depressible, sense masses, amb dolor a la palpació d'hemiabdomen inferior.

Proves complementàries: anàlítica sanguínia: no mostra alteracions rellevants. Frotis vaginal: sense alteracions. Sediment urinari: hematúria. Urocultiu: negatiu. Ecografia a atenció primària: bufeta urinària ben repleccionada. S'observa imatge de 40 mm hiperecòica, lineal, curvilínia, no mòbil, amb dubtós engruïment de la paret de la bufeta. Citologies urinàries: negatives per a lesió maligna. Es deriva la pacient a urologia a través del circuit de diagnòstic ràpid. Cistoscòpia: meat uretral estret, presència de fil de sutura verdosa calcificada que travessa l'interior vesical des de la cúpula al trígon.

Judici clínic: pacient amb dolor de llarga evolució, amb anàlitzes sense alteracions rellevants, però amb hematúria intermitent. Com a diagnòstic diferencial es planteja, a l'inici, origen genital o digestiu tot i que l'hematúria senyala un probable origen urinari. Es descarta infecció, per tant es plantegen com a possibles diagnòstics neoplàsia de bufeta o altres lesions proliferatives i cos estrany intravesical.

Evolució: pacient intervinguda quirúrgicament de retirada de fil de sutura vesical, amb millora progressiva de la clínica posteriorment, amb remissió d'hematúria.

Conclusions: la realització de gran part de les proves complementàries a atenció primària, amb fonament en la clínica i els antecedents, va facilitar arribar a un diagnòstic i tractament i, amb això, a la remissió de la simptomatologia. L'ecografia en atenció primària ha jugat un paper clau en aquest cas.

IMMACULADA CASTELLA DAGA
HELENA COMAS SOLER
ELENA OLABARRIETA ZARO
THAIS FABREGAS COMADRAN
TERESA COMADIRA ALONSO
SUSANA MOTA CASALS

Contacte:
icastella.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7632

Pacients amb apnea obstructiva del son en tractament amb pressió contínua positiva de les vies aèries controlats per infermeria d'atenció primària. Característiques i procés de control

Objectiu: descriure les característiques i el procés del control dels pacients amb apnea obstructiva del son (AOS) en tractament amb pressió contínua positiva de les vies aèries (CPAP) atesos a la consulta d'infermeria d'atenció primària.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal realitzat en una àrea de salut urbanorural a tots els pacients amb tractament CPAP derivats des de l'atenció especialitzada entre novembre 2016 i novembre del 2019.

Les variables van ser edat, sexe, control (anual, 9è mes, 3r mes), clínica de roncar, despertar, apnees, son reparador, somnolència (escala d'Epworth), hores/dia de son i d'utilització de la CPAP, pes, IMC, pressió de la CPAP. Es va considerar bon control l'ús de CPAP durant >4 h/dia

Protocol aprovat pel comitè ètic d'investigació clínica amb el codi 20/042-P.

Anàlisi estadística: les variables qualitatives s'expressen en percentatge i la freqüència absoluta i les quantitatives amb la mitjana i la desviació estàndard (DE). Per a l'estudi de relació entre variables qualitatives s'utilitza el test de Khi quadrat i per les variables qualitatives i quantitatives s'utilitza la prova de t de Student.

Es consideren resultats estadísticament significatius valors de $p < 0,05$ amb un índex de confiança (IC) del 95%.

Limitacions: desconexim el nombre total de pacients derivats/atesos a AP.

Resultats: s'inclouen 369 visites de control. La mitjana d'edat és de 65,19 DE +10,88. El 64% (236) són homes. El 70,2% (259) feien control anual, un 7% (26) el 1r mes, un 10% (37) el 3r mes i un 8,1% (30) el 9è mes de control. Presentaven ronc el 17,1% (63), despertats 60,2% (221), apnees observades 7,1% (26), son reparador 82,7% (305), soroll intolerable 0,8% (3), puntuació Epworth 6,32 DE +4,32, hores son/nit 7,03 DE +1,2, hores CPAP/dia 6,42 DE +1,49, pes 89,72 DE +17,79, IMC 33,02 DE +6,17, pressió CPAP 8,93 DE +1,65. Visites amb bon control 92%.

Significació estadística per sexes, més freqüent apnees en homes amb $p < 0,001$.

Conclusió: amb formació i suport a infermeria i seleccionant pacients que es poden controlar a AP, s'assoleix un alt percentatge de bon control/adherència.

IMMACULADA CASTELLA DAGA
ELENA OLABARRIETA ZARO
HELENA COMAS SOLER
THAIS FABREGAS COMADRAN
TERESA COMADIRA ALONSO
SUSANA MOTA CASALS

Contacte:
icastella.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7633

Pacients amb apnea obstructiva del son i tractament amb pressió contínua positiva de les vies aèries controlats per infermeria d'atenció primària. Complicacions

Objectiu: descriure les complicacions del tractament amb pressió positiva contínua de les vies aèries (CPAP) dels pacients amb apnea obstructiva del son (AOS) controlats per infermeres d'atenció primària (AP).

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal realitzat en àrea de salut urbanorural a pacients amb tractament CPAP derivats des de l'especialitzada per a ser controlats a AP entre novembre 2016 i novembre 2019.

Variables estudiades: edat, sexe, CPAP hores/dia, soroll, *discomfort* nasal, ocular, de mucoses, pressió de l'aire, fugues, rampa, correcta col·locació de mascareta, humidificador, termòstat, higiene de l'equip i tipus de mascareta.

Protocol aprovat pel comitè ètic d'investigació clínica amb codi 20/042-P.

Anàlisi estadística: les variables qualitatives s'expressen en percentatge i la freqüència absoluta i les quantitatives amb la mitjana i la desviació estàndard (DE). Per a l'estudi de relació entre variables qualitatives s'utilitza el test de Khi quadrat i per a les variables qualitatives i quantitatives s'utilitza la prova de t de Student.

Es consideren resultats estadísticament significatius els valors de $p < 0,05$, amb índex de confiança (IC) del 95%.

Resultats: s'inclouen 369 visites de control. Mitjana d'edat 65,19 DE +10,88. El 64% (236) són homes. Hores CPAP/dia 6,42 DE +1,49. Soroll intolerable 0,8% (3), presentaven rinitis no tolerable 2% (6), conjuntivitis no tolerable 2% (6), sequedat de mucoses 6% (18), dermatitis o dolor per la interfície intolerable 1% (5), molèstia de pressió d'aire intolerable 0,6% (2), presentaven fugues 34% (102). Temps de rampa: cap el 19%, 5 minuts el 17%, 10 minuts el 27%, quinze minuts el 15%, 20 minuts el 17% i 30 minuts el 5%. Col·locació correcta de mascareta el 95% (328), utilitza humidificador el 49% (180), amb termòstat el 14,9% (55). Higiene correcta de l'equip 93% (341). Tipus d'interfície: 65% mascareta nasal, 19% nasobucal, 17% olives nasals.

Significació estadística per sexes: són més freqüents en homes les rinitis $p = 0,037$, les conjuntivitis $p < 0,001$ i la sequedat de les mucoses $p = 0,005$.

Conclusió: els pacients amb CPAP que es controlen a l'AP presenten poques complicacions.

ISABEL BUEZO REINA
MARINA ALVENTOSA ZAIDIN
MARTA CUNNÍ MUNNÉ

Contacte:
ibuezoreina@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7634

Què s'amaga darrera la mascareta?

Àmbit del cas: consulta d'atenció primària.

Motius de consulta: dona de 67 anys que consulta per creixement de lesió cutània infranasal.

Història clínica: enfocament individual:

- Antecedents personals: hipertensió arterial en tractament amb enalapril 10 mg cada 12 h i goll multinodular normofuncionant en seguiment per endocrinologia.
- Anamnesi: refereix creixement d'una lesió infranasal des de fa 4 mesos. No canvi de coloració ni sagnat ni altres símptomes.
- Exploració: es treu la mascareta i presenta un nevis de 0,4 cm ben delimitat. Dermatoscòpicament es confirma una lesió melanocítica amb patró reticulat simètric sense criteris d'alarma.

Fa 10 anys que fa seguiment amb la mateixa metgessa. Aquesta, en observar-la, detecta canvis en els trets facials, amb creixement de llavis i llengua. S'observen les mans engrandides: fa un any no es pot posar anells. En preguntar-li si li han crescut els peus, afirma que dos números durant el darrer any. Refereix també astènia, sudoració i apnees de la son. Revisant la història clínica presenta una glicèmia basal alterada de 136 mg/dl en la darrera analítica, de feia un any.

Judici clínic: sospita clínica d'acromegàlia.

Proves complementàries: se sol·licita analítica preferent amb hormona de creixement i factor de creixement insulinoide que resulten augmentats (valors de 17,2 µg/l [normal: 0,05-8 µg/l] i de 588,2 ng/ml [normal: 30-235 ng/ml]).

Tractament i plans d'actuació: és remesa al servei d'endocrinologia i està pendent la realització del test d'octreotida i d'una ressonància magnètica cerebral.

Conclusions: l'ús de la mascareta és una mesura que s'ha introduït a les nostres consultes arran de la pandèmia i que pot dificultar la realització d'un diagnòstic. És important retirar-la momentàniament per poder avaluar trets facials del pacient que ens puguin orientar a determinades patologies.

La longitudinalitat és una de les característiques de l'atenció primària que permet un millor coneixement del pacient i suposa un avantatge per detectar canvis.

MIREIA LECINA NICOLÁS
PILAR BABI ROURERA
SARA LÓPEZ GARCÍA

Contacte:
mireialecina@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7635

L'altra banda de la diverticulitis aguda

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motius de consulta: dolor abdominal i febre.

Història clínica (enfocament individual): es tracta d'un pacient, home de 64 anys, amb antecedents personals de diverticulosi, hipertensió arterial en tractament amb inhibidors de l'enzim conversiu d'angiotensina i al·lèrgia a l'àcid acetilsalicílic i derivats, que consulta a urgències respiratòries del centre d'AP per febre de 38 °C i dolor abdominal de 24 h d'evolució. Refereix també femtes pastoses i disgeüsia.

En l'exploració física presenta bon estat general i febrícula de 37,3 °C. L'exploració abdominal mostra un abdomen lleument distès amb dolor a la palpació a la fossa ilíaca dreta, peristaltisme disminuït i Blumberg dubtós.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: donades les troballes de l'exploració abdominal i l'antecedent de febre es deriva a l'hospital amb una orientació diagnòstica d'apendicitis aguda per a realització d'analítica sanguínia i prova d'imatge (que no es poden fer amb caràcter urgent de forma ambulatoria) que confirmi el diagnòstic de presumpció.

Tractament, pla d'actuació i evolució: a les urgències hospitalàries és valorat per cirurgia general de guàrdia, que l'orienta com a apendicitis aguda. Es realitza PCR SARS-CoV-2 i sediment d'orina, que són negatius. En l'analítica sanguínia destaca leucocitosi amb neutrofilia i l'ecografia abdominal descarta apendicitis aguda. Se sol·licita tomografia computada (TAC) abdominal que mostra una diverticulitis aguda microperforada, motiu pel qual s'ingressa el pacient amb antibiòticoteràpia endovenosa.

A les 48 h i degut a la bona evolució és donat d'alta a domicili amb prescripció d'antibiòtic via oral i colonoscòpia i TAC de control ambulatoris en un mes.

El TAC i la colonoscòpia mostren resolució de la diverticulitis.

Conclusions: cal destacar que la diverticulitis aguda pot produir dolor a la fossa ilíaca dreta i que, per tant, ha de ser present en el nostre diagnòstic diferencial.

Cal recordar, sobretot en el context de pandèmia, que no s'han de fer diagnòstics previs a l'anamnesi i exploració física del pacient.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

RAQUEL GARCÍA GARCÍA
ELENA LÁZARO BENEITEZ
EVA XICOLA COROMINAS
MARIA LLUISA MESAS GARCÍA
NÚRIA SALARICH SOLA
ALBA VALVERDE GARCÍA

Contacte:
rgarcia.centre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7636

Brot de legionel·la a la nostra comunitat

Objectius de l'experiència: aplicació de protocol i coordinació amb altres serveis sanitaris davant d'un brot comunitari de legionel·losi i COVID-19.

Descripció de l'experiència: el 15/11/2021 es declara oficialment el brot de legionel·la (10 casos). El 17/11/2021 la direcció de l'equip d'atenció primària (AP) el comunica als professionals de l'àrea bàsica de salut (ABS) Montornès-Montmeló (MT/ML) mitjançant el correu corporatiu i al grup de WhatsApp. Abans de la notificació oficial, s'havia rebut alerta de casos de legionel·losi. Les directrius són que davant una sospita de pneumònia cal derivar a urgències. També s'ha de derivar per febre alta, cefalea, miàlgies i dispnea amb auscultació normal després de test d'antigen o PCR negativa per a SARS-CoV-2, amb l'objectiu de descartar febre de Pontiac. Davant la coexistència de quadres respiratoris de coronavirus i legionel·losi es realitzen els estudis d'antigenúries al centre d'AP, amb un total de 20 mostres.

Dels 37 casos totals, 23 van fer ingrés hospitalari (62%), 12 van rebre atenció al servei d'urgències sense ingrés (35%) i 2 casos van ser detectats a AP sense necessitat d'ingrés. Dels 23 casos ingressats, 3 van requerir ingrés a l'UCI.

La taxa d'incidència ha estat de 144/100.000.

El risc relatiu d'emmalaltir per legionel·la a MT/ML és 45 vegades més elevat que per a la població de Catalunya (IC95%).

Conclusions: en els darrer 5 anys s'han detectat tres brots comunitaris de legionel·losi a dos dels municipis de la nostra ABS. El brot del 2021 presenta la taxa d'incidència més alta del municipi detectada fins ara, alhora que també és la més alta del Vallès Oriental. La coexistència de la pandèmia per SARS-CoV-2 pot haver influït en el retard i la magnitud del brot.

Aplicabilitat: l'AP pot realitzar de forma coordinada amb els serveis de vigilància la tasca de detecció i notificació de casos.

CONCEPCIÓN RAMBLA VIDAL
ENRIC ARAGONÉS BENAIGES
GERMÁN LÓPEZ CORTACANS
CATARINA TOMÉ PIRES
MERTXELL PALLEJÀ MILLÁN
ELISABETH SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

Contacte:
crambilav@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7640

Factors predictors de la intensitat del dolor a curt i llarg termini en pacients d'atenció primària amb dolor musculoesquelètic crònic i depressió

Objectiu: la comorbiditat del dolor i la depressió s'associa a un pitjor pronòstic que aquestes patologies presentades soles. En aquest estudi investiguem els predictors de la intensitat del dolor a curt i a llarg termini en pacients d'atenció primària amb dolor musculoesquelètic crònic i depressió comòrbida.

Material i mètodes: estudi longitudinal. Anàlisi secundària de les dades d'un assaig clínic que avaluava un programa per al maneig integral de dolor crònic i depressió en atenció primària. Amb una anàlisi de regressió lineal multivariant vam avaluar el valor predictiu de diverses variables sociodemogràfiques, clíniques i psicològiques en la intensitat del dolor als 3 mesos i als 12 mesos.

Resultats: van participar 317 pacients (83% dones; mitjana d'edat de 60,3 anys, desviació estàndard [DE] 10,2) amb dolor musculoesquelètic crònic i depressió. En el model final, la intensitat basal del dolor predeïa major intensitat del dolor als 3 mesos ($\beta = 0,48$; IC95%: 0,30-0,67) i als 12 mesos ($\beta = 0,39$; IC95%: 0,17-0,61). Ser treballador actiu predeïa menor intensitat als 12 mesos ($\beta = -0,78$; IC95%: -1,53-0,03). El dolor de llarga evolució (durada prèvia de >2 anys) es va associar a major intensitat del dolor als 12 mesos ($\beta = 0,86$; IC95%: 0,05-1,66). Entre les variables psicològiques, el catastrofisme (Pain Catastrophizing Scale) predeïa major intensitat del dolor als 3 mesos ($\beta = 0,35$; IC95%: 0,03-0,68), però cap de les actituds personals enfront del dolor mesurades amb el Survey of Pain Attitudes tenia valor predictiu independent.

Conclusions: hem identificat diversos factors modificables i no modificables que prediuen els resultats clínics del dolor a curt i llarg termini i que s'han de tenir en compte quan es dissenyen intervencions terapèutiques en aquests pacients. Cal considerar el paper que les variables sociodemogràfiques i clíniques, i les creences sobre el dolor tenen en els resultats clínics dels pacients amb dolor musculoesquelètic i depressió.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARC MASALLES ARNAVAT
MARIA BALDAQUI MOROTE
CARLOS GALISTEO LENCASRE DE VEIGA
EULALIA ANDREU CASAÑAS

Contacte:
mmasallesa.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7642

Proteïna C reactiva, no només en processos inflamatoris aguts

Dona de 58 anys, fumadora. Com a principal antecedent destaca adenoma suprarenal bilateral no secretor (tomografia computada d'abdomen d'octubre de 2020) valorat per endocrí el juny de 2021, detectat com incidentaloma en un estudi d'una disfonia de més de 3 mesos d'evolució que es devia a un edema de cordes vocals que es va autolimitar amb logopèdia.

A finals de 2020 presentà trastorn adaptatiu en context de problemes familiars que es materialitza amb labilitat emocional, anorèxia lleugera i dolors articulars de predomini a mans i peus nocturns, amb deformitat lleugera, de característiques mecàniques sobretot a l'iniciar l'activitat. Els dolors milloren amb analgesia convencional.

Se sol·licita analítica de sang rutinària el març de 2021 amb hemograma i bioquímica sense alteracions, destaca només PCR 21,4 mg/l sense evidenciar-se signes d'artritis activa. S'acorda control en un mes per a revaloració dels paràmetres inflamatoris, però degut a una infecció per COVID-19 lleu l'abril del 21 es demora la sol·licitud 5 mesos. En la nova analítica, agost del 21, es manté PCR elevada (28 mg/dl) amb VSG 5 mm i ANA 1/80 amb patró nuclear fi. En nova exploració física es manté anodina i es deriva a reumatologia per a valoració de poliartritis.

En la visita de reumatologia (setembre de 21) no es detecta artritis activa, només rizoartrosi bilateral i lleu limitació a la mobilització de la columna cervical i lumbar. S'orienta com a poliartràlgies mecàniques amb reactants de fase aguda elevats i síndrome tòxica. S'inicia estudi amb radiografies, analítiques i tomografia per emissió de positrons (PET-TAC). En aquesta última prova s'informa de "voluminoses adenopaties hipermetabòliques retroperitoneals i mesentèriques patològiques".

Hematologia coordina l'estudi de les adenopaties que finalitza diagnosticant un limfoma Hodgkin clàssic amb cel·lularitat mixta. Actualment fa quimioteràpia activa i s'ha fet PET-TAC de control a meitat de cicle amb remissió completa.

CRISTINA MUÑOZ LÓPEZ
MAGDALENA JURADO RUIZ
MARTA CASADEMUNT FORTEZA

Contacte:
cmunozl.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7643

Cuidando al paciente y la familia. ¡Mejor en equipo!

Àmbit del cas: atenció primària, RAE y hospital.

Motivo de consulta: dolor en la extremidad inferior derecha, impotencia funcional.

Mujer de 42 años, con antecedente de encefalopatía congénita grave. Grado de dependencia total. Neoplasia de mama en mayo de 2020. Se realizó mastectomía + linfadenectomía. Se desestimó tratamiento coadyuvante y estudio de extensión por necesidad de sedación para cualquier procedimiento. En noviembre, su padre consulta por limitación funcional progresiva desde la intervención. Valorada por su fisioterapeuta habitual, este lo atribuye a las pérdidas de tono muscular y de confianza poscirugía. Progresión en los siguientes meses, lo que dificulta el cuidado de la paciente, y se complican las transferencias por la falta de movimientos autónomos por el dolor, así como gran padecimiento emocional familiar por desconocer la causa del dolor.

Solicito estudio radiológico que no evidencia lesiones agudas. Planteo la situación al traumatólogo de zona que la valora presencialmente y aconseja ampliar estudio.

Contacto con cirugía general a través de la enfermera gestora de casos y se adelanta la visita programada. Tras la valoración por el comité interdisciplinar se decide realizar estudio tomográfico con la finalidad de filiar el origen del dolor.

Tomografía computada toracoabdominal (marzo de 2021): recidiva tumoral multifocal, con extensión adenopática y lesiones a distancia, hepáticas y ósea en rama pública derecha.

Actualmente sigue control y tratamiento por el servicio de curas paliativas domiciliarias. Presenta buen control del dolor y la familia está mejor informada, pese al mal pronóstico

Conclusiones: la rápida y eficaz coordinación entre la atención primaria y los diferentes servicios del hospital ha posibilitado una atención más resolutoria y efectiva.

Aplicabilidad: la situación basal de los pacientes puede condicionar una limitación en la actuación. Pese a ello, y ante nuevos síntomas o condicionantes que empeoren su calidad de vida y la de sus familiares, es fundamental el trabajo en equipo y de manera coordinada para poder ofrecer la mejor atención.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ROXANA ELENA CATALIN
PATRICIA SALAMANCA GONZÁLEZ
MERITXELL PALLEJÀ MILLÁN
ANTONI SANTIGOSA AYALA
DARINKA SAVIC
FRANCISCO MARTÍN LUJÁN

Contacte:
recatalin.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7645

Una major adherència a la dieta mediterrània també és un factor protector de les malalties respiratòries relacionades amb el consum de tabac

La nutrició s'ha relacionat amb el desenvolupament i progressió de malalties respiratòries, però l'impacte de la dieta no s'ha establert.

Objectiu: avaluar la relació entre el patró de dieta mediterrània i la funció pulmonar en població fumadora.

Metodologia: estudi observacional, 20 centres d'atenció primària. Població: fumadors >25 anys amb un consum acumulat >10 paq/any, sense antecedents de malaltia respiratòria, que donen el seu consentiment. Variables: sociodemogràfiques, clíniques, hàbit tabàquic, adherència a la dieta mediterrània (ADM; qüestionari de 14 preguntes; es considera ADM baixa si la puntuació <7 i alta si la puntuació >8). Exploració de la funció pulmonar mitjançant espirometria forçada (es considera alteració de la capacitat vital [FVC] i flux expiratori [FEV1] quan és <80% de referència). Anàlisi estadística descriptiva i de regressió logística per avaluar l'associació entre el grau d'ADM i l'alteració de la funció pulmonar. Aspectes legals: Projecte aprovat pel Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol (P17/089), ajut PERIS (SLT002/016/155) i registre ClinicalTrials.gov (NCT03362372).

Resultats: s'avaluen 404 voluntaris (65,4% dones), de 51,1 anys (desviació estàndard [DE] = 10,0). Consum acumulat de 25,8 paq-any (DE = 16,0). Consum d'alcohol de 2,84 UBE/setmana (DE = 5,78). Índex de massa corporal de 27,0 kg/m² (DE=5,15). La puntuació d'ADM va ser alta en el 36,3%, mitjana en el 40,0% i baixa en el 23,7%. El valor del FEV1 va ser de 92,6% (DE = 17,4), el del FVC de 90,3% (DE = 15,9) i el del rati FEV1/FVC de 0,78 (DE=0,07). El 28,7% dels fumadors van presentar alteració de la funció pulmonar: el 38,5% amb ADM baixa, el 24,1% amb ADM mitjana i el 27,2% amb ADM alta (p= 0,041). En l'anàlisi multivariant, els fumadors amb ADM alta van tenir menys risc d'alteració de la funció pulmonar respecte als d'ADM baixa (*odds ratio* [OR]: 1,79; IC95%: 1,02-3,13; p = 0,043).

Conclusió: una millor ADM s'associa amb una funció pulmonar preservada i menys risc d'alteració pulmonar. Aquests resultats obren la possibilitat a una intervenció nutricional en els fumadors.

ARANTXA MALLOU CEA
BOGDANA ROSOLOVSKAYA
NATALIA BALOT FERNÁNDEZ
ALEJANDRO LLOBERA SERENTILL
PATRICIA GONZÁLEZ ABAD
LAIA VIÑAS TERRIS

Contacte:
arantxamalloucea40@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7646

Caracterització de la població centenària i les seves patologies cròniques en una regió sanitària

Introducció: la millora de les condicions de vida i els serveis sanitaris han fet que augmenti l'esperança de vida i el nombre de persones en edats extremes (més de 100 anys).

Objectiu: descriure les patologies i altres variables demogràfiques de la població de més de 100 anys d'una regió sanitària.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal a l'atenció primària que inclou pacients majors de 100 anys vius. Origen de dades: història clínica ECAP (DBS).

Resultats: 228 centenaris entre 545.766 habitants (0,042%). Rang d'edat: 100-113 anys. Dones: 82%. 35,96% institucionalitzats. Entre les patologies cròniques més prevalents destacaven: incontinència urinària (IU) (74,12%), hipertensió arterial (70,61%), artrosi (51,32%) i patologia renal crònica (38,6%). En canvi, destacaven com poc prevalents: malaltia cerebrovascular (6,14%), cardiopatia isquèmica (7,89%), obesitat (7,89%), malaltia pulmonar obstructiva crònica (7,46%) i diabetis *mellitus* de tipus 2 (9,65%). Altres diagnòstics: dislipèmia (19,74%), demència (16,67%), ansietat (14,91%), depressió (12,72%), insuficiència cardíaca (13,16%). Van tenir una neoplàsia en algun moment el 20,61% i una o més fractures el 34,21%. Hi va haver diferències entre sexes (dona/home) en hipertensió arterial (73,79%/56,1%, p=0,039), IU (77,54%/58,54%, p=0,02) i neoplàsies (15,5%/43,9%, p=0,0001). En institucionalitzats, era més alta la prevalença de demència (29,26%/9,59%, p=0,003) i d'IU (92,68%/63,69%, p=0,000).

Conclusió: les persones centenàries són majoritàriament dones. La presència de patologia crònica en persones centenàries és elevada, tal i com calia esperar, però destaca la baixa prevalença d'un subgrup d'aquestes. Hi ha una prevalença més elevada de patologies que afecten la funcionalitat en els que estan institucionalitzats. Caldria fer estudis que valoressin la fiabilitat del registres clínics en aquests pacients, així com veure com afecten aquestes patologies a la seva qualitat de vida. Invertir recursos en la investigació i atenció d'aquest grup poblacional és molt rellevant donat l'increment quantitatiu que hi haurà en els propers anys.

Sol·licitud entrada per a autorització pel comitè d'ètica d'investigació (CEI).

BOGDANA ROSOLOVSKAYA
ARANTXA MALLOU CEA
ALEJANDRO LLOBERA SERENTILL
ELENA SAUL GORDO
PAULA CALCINES RODRÍGUEZ
PATRICIA GONZÁLEZ ABAD

Contacte:
bogdanaaa@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7647

Consum de fàrmacs i polifarmàcia en la població centenària

Introducció: la millora de les condicions de vida i els serveis sanitaris han fet que augmenti cada cop més l'esperança de vida i el nombre de persones en edats extremes (més de 100 anys). Aquest grup poblacional també està exposat a la polifarmàcia.

Objectiu: descriure la prescripció farmacològica de la població de més de 100 anys d'una regió sanitària.

Material i mètodes: estudi descriptiu transversal a atenció primària que inclou pacients majors de 100 anys vius. Origen de dades: història clínica ECAP (DBS).

Resultats: 228 centenaris entre 545.766 habitants (0,042%). Rang d'edat: 100-113 anys. Dones: 82%. 35,96% institucionalitzats. El 9,7% no té cap prescripció activa. Entre els que sí que en tenen, la mitjana és de 6,2 prescripcions (no institucionalitzats: 5,33%/institucionalitzats 7,85%, $p=0,000$). Destaca la prescripció d'analgèsics no antiinflamatoris no esteroidals (AINE; 53,51%), antiulcerosos (40,79%), diürètics (39,91%), antiagregants (33,77%), ansiolítics i hipnòtics (31,14%), antidepressius (24,56%) i antipsicòtics (19,74%). Entre els fàrmacs amb menor prevalença destaquen: hipolipemians (3,51%), insulina (2,63%), corticoides (2,19%) i AINE (1,32%). Hi ha diferències entre no institucionalitzats/institucionalitzats en: analgèsics no AINE (47,26%/64,63%, $p=0,017$), ansiolítics i hipnòtics (25,34%/41,46%, $p=0,017$), antidepressius (14,38%/42,68%, $p=0,000$) i antipsicòtics (13,69%/30,48%, $p=0,003$). Per sexes, hi ha major prescripció de ansiolítics i hipnòtics en les dones (34,22%/17,07%, $p=0,0498$).

Conclusió: Les persones centenàries són majoritàriament dones. Constitueixen un subgrup poblacional susceptible de polimediació. Els pacients institucionalitzats estan més exposats a aquesta polifarmàcia. Caldrà realitzar nous estudis per valorar l'adequació de la prescripció farmacèutica d'aquest subgrup de població.

Sol·licitud entrada per a autorització pel comitè d'ètica d'investigació (CEI).

NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
LLUÍS CUIXART COSTA
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:
nchahboun@eapdretaexemple.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7649

Angoixa, depressió i insomni. Descripció d'una cohort de pacients diagnosticats *de novo*

Objectiu: analitzar les característiques d'una cohort de pacients diagnosticats *de novo* d'angoixa, depressió i insomni entre 2018 i 2021.

Metodologia: estudi retrospectiu de tots els pacients majors de 18 anys amb nou diagnòstic d'angoixa, depressió o insomni diagnosticats entre 2018 i 2021 en un centre d'atenció primària (CAP) urbà, mitjançant l'anàlisi d'històries clíniques. $N = 5.215$. Variables: diagnòstic, any de diagnòstic, edat mitjana (EM) i sexe. Anàlisi: regressió logística i t de Student. Magnitud: coeficient beta (CB). Es fixarà significació estadística bilateral $p=0,05$. Compromís de confidencialitat de les dades personals dels pacients analitzats. Projecte avaluat pel comitè ètic del CAP.

Resultats: EM: 54,79 (desviació estàndard [DE]: 20,97) anys. Homes: 33,42% ($N = 1.743$); dones: 66,58% ($N = 3.472$). Depressió: 17,97% ($N = 937$); angoixa: 60,96% ($N = 3.179$); insomni: 21,07% ($N = 1.099$). 2018: 19,58% ($N = 1.021$)/2019: 25,79% ($N = 1.345$)/2020: 22,61% ($N = 1.179$)/2021: 32,02 ($N = 1.670$). EM-depressió: 62,42 (DE: 21,53; IC95%: 61,04-63,8)/EM-angoixa: 48,39 (DE: 18,45; IC95%: 47,75-49,03)/EM-insomni: 66,79 (DE: 19,86; IC95%: 65,62-67,97); depressió-angoixa: CB: -14,02, $p=0,000$; depressió-insomni: CB: 4,37, $p=0,000$. EM-homes: 51,53 (DE: 18,92; IC95%: 50,64-52,42)/EM-dones: 56,42 (DE: 21,74; IC95%: 55,7-57,15); t de Student: -7,98, CB: -4,88, $p=0,000$. EM-depressió-homes: 58,97 (DE: 19,74; IC95%: 56,63-61,31)/EM-depressió-dones: 63,86 (DE: 22,09; IC95%: 62,17-65,55); t de Student: -3,18, CB: 4,89, $p=0,001$. EM-angoixa-homes: 46 (DE: 15,94; IC95%: 45,05-46,95)/EM-angoixa-dones: 49,63 (DE: 19,52; IC95%: 48,79-50,47); t de Student: -5,28, CB 3,63, $p=0,000$. EM-insomni-homes: 61,92 (DE: 19,95; IC95%: 59,91-63,93)/EM-insomni-dones: 69,38 (DE: 19,34; IC95%: 67,96-70,79); t de Student: -6,01, CB: 7,45, $p=0,000$.

Conclusió: hi ha una majoria de dones (el doble que d'homes), amb una edat mitjana total de 54 anys. La gran majoria de casos de nou diagnòstic ha estat per angoixa, seguida per l'insomni i, per últim, la depressió. El nombre de casos de nou diagnòstic ha anat augmentant any rere any, tant en casos totals, com en percentatge relatiu. El 2020 hi ha un estancament, coincidint amb el confinament per la COVID-19. L'EM és superior en l'insomni que en la depressió, mentre que és inferior en l'angoixa que en la depressió, ambdues diferències amb significació estadística. És superior la magnitud de la diferència entre angoixa i depressió que entre insomni i depressió. Els homes, globalment, tenen una edat estadísticament significativa major que les dones en el moment del diagnòstic. Dividint, per diagnòstics, els homes sempre tenen una EM significativament inferior a les dones, sent la diferència entre sexes major en insomni que en angoixa i depressió.

MARIÁNGELS FERNÁNDEZ HORTAL
ELISENDA FERNÁNDEZ ESCOFET
SÒNIA MUÑOZ SERRANO
JULIA COMAS PUIGBO
ARNAU COS CROS
MARTA GARCÍA CANOVAS

Contacte:
mfernandezh.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7651

El perfil clínic dels sensellar

Objectiu: descriure el perfil clínic de les persones sensellar, residents en un centre d'acollida.

Material i mètodes:

- Disseny: estudi quantitatiu descriptiu transversal.
- Àmbit de realització i nivell d'atenció sanitària: centre d'acolliment i serveis socials, atenció a la salut comunitària.
- Criteris d'inclusió: ésser resident del centre des de fa un mínim de 6 mesos i haver estat visitat a la consulta d'infermeria del centre en el període del 20 de Febrer de 2021 al 20 de Gener de 2022.
- Criteris d'exclusió: curta estada, manca de vinculació amb infermeria.
- Mostra: 26 persones.
- Variables independents: edat, sexe, situació de manca d'habitatge; dependents: diabetis *mellitus*, hipertensió arterial, obesitat, addiccions, malaltia mental, COVID-19.
- Anàlisi estadística: es recolliren dades clíniques amb el programa ECAP. Mitjançant una anàlisi descriptiva univariant es determinaren les freqüències absolutes i els percentatges corresponents a les patologies descrites.
- Limitacions: l'ús discontinu del sistema sanitari d'alguns participants.
- Aspectes legals: s'han seguit els principis de la Declaració de Hèlsinki.

Resultats: la mitjana d'edat s'estableix en 54,4 anys (variabilitat de 21 a 82). La patologia més prevalent és l'alcoholisme, 54%; seguida del tabaquisme (50%) i les malalties psiquiàtriques (50%); la depressió, l'esquizofrènia i el trastorn límit de personalitat en són les més freqüents. D'aquests pacients, un 15% han realitzat intents de suïcidi. Les addiccions d'altres substàncies representen un 19%. La COVID-19 ha estat present en un 42% dels casos. Pel que fa a les malalties cròniques, un 46,2% presenten hipertensió arterial, un 26,9%, diabetis *mellitus* i el 23%, obesitat.

Conclusions: el perfil dels residents del centre està determinat per les malalties mentals, addiccions i la cronicitat. Aquest fet es tradueix en l'increment de l'ús del sistema sanitari. És, doncs, necessària la coordinació entre els serveis sanitaris i socials per garantir una adequada atenció d'aquest pacients.

NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
CARLA AUXILIADORA CABRERA SUÁREZ
MARTA GARCÍA TORRES
ANDREA PRADOS MARTÍN
LLUIS CUIXART COSTA
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7653

Influència del gènere en la insuficiència cardíaca

Objectiu: analitzar les característiques patològiques i el tractament dels pacients amb insuficiència cardíaca (IC).

Metodologia: disseny: estudi descriptiu retrospectiu a partir d'una mostra aleatòria dels pacients >18 anys amb diagnòstic d'IC el 2021 en un centre d'atenció primària (CAP) urbà. N = 101; perduts = 3; N final = 96. Variables: FEVI, edat mitjana (EM), tractament, antecedents patològics (AP), sexe. Anàlisi quantitativa: regressió múltiple i t de Student; categòrica; regressió logística i khi quadrat. Es fixarà significació estadística bilateral p=0,05. Compromís de mantenir la confidencialitat de les dades personals dels pacients a qui s'ha analitzat la història clínica. El projecte ha estat avaluat pel comitè ètic del CAP.

Resultats: dones: 59,38%. EM dels homes: 80,94; de les dones: 86,22; t de Student: -2,67, coeficient beta (CB): 5,27, p=0,009. FEVI en els homes: 53,03; en les dones: 58,19; t de Student: -1,51, CB: 5,16, p=0,133. FEVI deprimida en els homes: 15,38%; en les dones: 7,02%; khi quadrat: 1,73, *odds ratio* (OR): 0,41, p=0,18. Nombre de fàrmacs dels homes: 2,67; de les dones: 1,89; t de Student 2,94, CB: -0,77, p=0,004. Hipertensió arterial (HTA) en homes: 76,92%; en dones: 84,21%; khi quadrat: 0,8, OR: 1,6, p=0,371. Diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) en homes: 35,9%; en dones: 28,07%; khi quadrat: 0,66, OR: 0,69, p=0,417. Dislipèmia en homes: 61,54%; en dones: 43,86%; khi quadrat: 2,89, OR: 0,48, p=0,091. Bloqueig branca esquerra (BBFEH) en homes: 7,69%; en dones: 5,26%; khi quadrat: 0,23, OR: 0,66, p=0,631. Bloqueig auriculoventricular (BAV) en homes: 17,95%; en dones: 12,28%; khi quadrat: 0,59, OR: 0,64, p=0,442. Fibril·lació auricular (FA) en homes: 56,41%; en dones: 26,32%; khi quadrat: 8,85, OR: 0,27, p=0,004. Valvulopatia en homes: 30,77%; en dones: 17,54%; khi quadrat: 2,29, OR: 0,47, p=0,134. Cardiopatia isquèmica (CI) en homes: 33,33%; en dones: 8,77%; khi quadrat: 9,16, OR: 0,19, p=0,004. Malaltia renal crònica (MRC) en homes: 43,59%; en dones: 22,81%; khi quadrat: 4,65, OR: 0,38, p=0,033. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en homes: 23,08%; en dones: 17,54%; khi quadrat: 0,44, OR: 0,7, p=0,505. Asma en homes: 2,56%; en dones: 12,28%; khi quadrat: 2,86, OR: 5,32, p=0,125.

Conclusions: gairebé el 60% de la mostra aleatòria han estat dones. L'EM de les dones és significativament major. No hi ha diferències de FEVI entre homes i dones, però els homes presenten una mitjana de fàrmacs per tractar la IC superior a les dones, de manera estadísticament significativa. No existeixen diferències estadísticament significatives entre homes i dones en relació amb les patologies que augmenten el risc cardiovascular (hipertensió arterial, dislipèmia, DM2), els bloquejos (BBFEH i BAV), les valvulopaties i les patologies respiratòries (asma i MPOC). Hi ha un percentatge significativament més elevat de FA i de CI en homes que en dones. També es dona aquesta significació en l'MRC. La magnitud de la diferència de freqüència entre sexes és major en l'MRC, seguida de la FA i, per últim, de la CI.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
CARLA AUXILIADORA CABRERA SUÁREZ
MARTA GARCÍA TORRES
ANDREA PRADOS MARTÍN
LLUÍS CUIXART COSTA
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE

Contacte:
nchahboun@eapdretaeixample.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7654

ELISENDA FERNÁNDEZ ESCOFET
MARIÀNGELS FERNÁNDEZ HORTAL
ALEXANDRA PALLES BLANCO
MARTA COLL LAVALL

Contacte:
efernandez.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7655

Definint característiques de pacients amb insuficiència cardíaca

Objectiu: analitzar les característiques patològiques i el tractament dels pacients amb insuficiència cardíaca (IC).

Metodologia: estudi descriptiu retrospectiu a partir d'una mostra aleatòria dels pacients >18 anys amb diagnòstic d'IC el 2021 en un centre d'atenció primària (CAP) urbà. N = 101. Variables: FEVI, edat mitjana (EM), tractament, antecedents patològics (AP), sexe. Anàlisi: regressió lineal i logística. Compromís de mantenir la confidencialitat de les dades personals dels pacients. El projecte ha estat avaluat pel comitè ètic del CAP.

Resultats: EM: 84,08 (desviació estàndard [DE]: 9,81); min. 53, max. 102. Dones: 59,38%. FEVI mitjana: 55,65 (DE: 14,03); min. 15, max. 79/conservada: 89,58%. Nombre de fàrmacs mitjà: 2,2 (DE: 1,31); min. 0, max. 6. AP: hipertensió arterial (HTA): 81,25%; diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2): 31,25%; dislipèmia (DLP): 51,04%; bloqueig branca esquerra (BBEFH): 6,25%; bloqueig auriculoventricular (BAV): 14,58%; fibril·lació auricular (FA): 38,54%; valvulopatia: 22,92%; cardiopatia isquèmica (CI): 18,72%; malaltia renal crònica (MRC): 31,25%; malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC): 19,79%; asma: 8,33%. Tractament: inhibidors de l'enzim conversiu d'angiotensina (IECA): 31,25%; antagonistes dels receptors de l'angiotensina II (ARA II): 19,79%; sacubitril-valsartan: 5,21%; blocadors beta: 46,88%; antialdosterònics: 21,88%; inhibidors del cotransportador de sodi i glucosa de tipus 2 (SGLT2): 2,08%; diürètics: 73,96%; teràpia de resincronització (TRC): 2,08%; i trasplantament cardíac (TC): 1,04%. Fàrmacs: enalapril: 17,71%; lisinopril: 8,33%; ramipril: 5,21%; sacubitril-valsartan: 5,21%; candesartan: 2,08%; losartan: 11,46%; valsartan: 5,21%; telmisartan: 1,04%; bisoprolol: 34,38%; atenolol: 5,21%; carvedilol: 5,21%; nebivolol: 2,08%; eplerenona: 6,25%; espironolactona: 15,63%; dapaglifozina: 2,08%; furosemida: 59,38%; torasemida: 6,25%; hidroclorotiazida: 15,63%; ivabradina: 1,04%; hidralazina: 2,08%; isosorbida: 4,17%; i digoxina: 5,21%.

Conclusions: l'EM és de 84 anys. Majoria femenina, amb gran majoria de FEVI conservada (mitjana de 55,65%). Els pacients estan tractats amb una mitjana de dos fàrmacs. L'antecedent personal més freqüent és l'HTA, seguida de DLP, FA, DM2 i MRC, valvulopatia, MPOC, CI, BAV, asma i BBEFH. Els factors de risc cardiovascular són els més freqüents. Entre les patologies de conducció cardíaca, la més repetida és la FA, seguida del BAV i BBEFH, mentre que entre les patologies cardioestructurals la més habitua és la valvulopatia, seguida de la CI. L'MRC és més prevalent que la pulmonar (MPOC > asma). El tractament més utilitzat són els diürètics (furosemida > hidroclorotiazida > torasemida > clortalidona, indapamida), seguits dels blocadors beta (bisoprolol > atenolol, carvedilol > nebivolol > metoprolol), els IECA (enalapril > lisinopril > ramipril > captopril, tradolapril), els antialdosterònics (espironolactona > eplerenona) i els ARA II (losartan > valsartan > candesartan > telmisartan). Sacubitril-valsartan, els SGLT2 (dapaglifozina > empaglifozina), TR, TC i DAI són minoritaris (<5%) ja que, els SGLT2 són un tractament de recent incorporació a les guies i sacubitril-valsartan, TR, TC i DAI són tractaments per a FEVI deprimida (menys freqüent). Més de la meitat dels pacients tenen pautaada la furosemida, i un terç tenen tractament amb bisoprolol. Entre un 15 i un 20% tenen enalapril, espironolactona i hidroclorotiazida. Al voltant d'un 10% tenen lisinopril i losartan. La resta presenta una freqüència inferior al 6%. No s'han trobat pacients tractats amb captopril, trandolapril, metoprolol, empaglifozina, clortalidona, indapamida, vericiguat ni DAI.

Obrint una finestra a la salut comunitària.

Consulta d'infermeria a un centre d'acollida per a sensellar

Objectius: avaluar els resultats de la qualitat assistencial i l'efectivitat de les cures d'infermeria després d'un any de la instauració de la consulta al centre d'acollida per a pacients sensellar.

Descripció: la institució és una entitat de caràcter social i assistencial dirigida a la població en situació d'exclusió social.

En primera instància es va observar que els seus usuaris, que per jurisprudència pertanyen al nostre CAP, pateixen malalties cròniques orgàniques o mentals, que donada la seva situació de carrer comporta un envelliment precoç d'uns 20 anys de mitjana sobre l'edat biològica. En aquell moment acudien al CAP aleatòriament en condicions de salubritat precària o en brot agut, i es creaven situacions difícils de gestionar pel personal tant administratiu com sanitari.

El gener de l'any 2021 s'acorda constituir una consulta d'infermeria al centre d'acollida que atendria els usuaris un dia a la setmana.

Durant aquest any, a la consulta d'infermeria s'han estat realitzant seguiments dels pacient crònics i cures d'infermeria, i també als usuaris de carrer i de pisos tutelats, cribratge i vacunació de la COVID-19 i connexions amb tots els nivells assistencials.

Conclusions: un any després s'observa l'optimització del servei, atès que:

- L'assiduitat a la consulta ha tingut un augment progressiu.
- Gran part de visites amb infermeria es realitzen al centre d'acollida.
- S'han reduït les visites presencials del seu equip de capçalera.
- Les visites mèdiques són principalment telefòniques.
- El grau de satisfacció i la valoració dels usuaris, en una enquesta autoadministrada, es troba per sobre del 95%.

Aplicabilitat: el model d'infermeria implantat al centre d'acollida, que promou la salut a la comunitat, pot ésser extrapolable a tots els centres de similars característiques. Així, es dota els usuaris d'un referent sanitari que garanteix la continuïtat assistencial i estableix la confiança i el vincle.

ANNA AMORÓS TRIAS
CELIA SEIQUER SAURA
NORMA CARITG BACH

Contacte:
annaamoros2@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7658

Herramienta SISAP como circuito de modelo asistencial proactivo

- Retornar informació a los profesionales sobre la calidad asistencial que recibe la población asignada a los equipos de atención primaria (EAP).
- Fomentar la adherencia de los pacientes a la AP.
- Mejorar los parámetros de control de los pacientes objetivo.
- Priorizar a los pacientes más complejos.
- Autogestión del cupo de pacientes por parte del equipo médica/o-enfermera/o.
- Autogestión de la agenda de trabajo.

En los últimos años, la pandemia producida por la COVID-19 ha provocado una mayor desvinculación en el seguimiento del paciente crónico y de la población en general. A través de la herramienta del Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP), incluída en el sistema informàtic ECAP, pudimos realizar una búsqueda proactiva de aquellos pacientes más complejos con la finalidad de revincularlos a su EAP.

El primer paso fue la reunión del EAP para establecer una priorización de las características del paciente objetivo. En segundo lugar, realizamos la búsqueda en el programa SISAP mediante la herramienta estándar de calidad asistencial (EQA) que propone unos indicadores predeterminados. Procedimos a programar consultas telemáticas/telefónicas a dichos pacientes. En cada consulta se realizó una revisión sistemática de la historia clínica y de sus objetivos de salud y se acuerda con el paciente la próxima visita, ajustándonos a los objetivos previamente propuestos.

Se valora positivamente la gestión proactiva de los pacientes mediante la herramienta SISAP, lo que nos aporta un mayor conocimiento de nuestro cupo de pacientes y en consecuencia un mayor control de su salud.

A nivel de equipo, nos brinda una mayor capacidad de autogestión de la población asignada.

Se ha establecido un circuito de modelo asistencial proactivo con una metodología integrada en la gestión del paciente con patología crónica.

Se promueve la herramienta como fuente de atención preventiva del paciente sano y se realiza un cribado y detección de factores de riesgo potenciales.

MARIA ÀNGELS PELLICER JACOMET
AGUSTÍ BUERA PALLARÉS
LORENA DIAZ ECHEZARRETA

Contacte:
apellicer.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7661

Pacient amb altes dosis de Sintrom®. Pensem en el tabac

Història clínica: dona de 41 anys, trombosi venosa profunda el maig de 2011, obesitat, massa mamària, venes varicoses, consum de tabac. FG: 115,2 ml/min.

Enfocament individual: pacient tractada des de fa 10 anys amb acenocumarol. Presenta un bon control d'INR amb dosis que oscil·len entre 33 i 42 mg/stm fins al mes de març de 2021, quan cal augmentar la dosi d'acenocumarol fins a 52 (maig de 2021).

Diagnòstic diferencial: per tal d'avaluar la situació, s'indaga sobre l'adherència al tractament, que és correcta. La pacient nega prendre plantes medicinals ni altres productes de venda lliure. Però afirma que està passant per una situació d'estrès que l'ha portada a triplicar el seu consum de tabac. Actualment consumeix (12 cigarretes/dia).

Tractament i plans d'actuació: es recomana deshabitació tabàquica per l'augment del risc cardiovascular i tromboembòlic de la pacient. I a més a més, interacciona amb l'acenocumarol, fent que la pacient en requereixi elevades dosis.

Conclusions: davant un mal control de l'INR, és important assegurar l'adherència al tractament, revisar tractaments concomitants (amb recepta o de venda lliure) i tenir en compte canvis en el consum d'altres inductors enzimàtics no farmacològics, com, per exemple, el tabac.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GABRIELA MAURE
CRISTINA CUATRECASAS
ANNA TRISTAN

Contacte:
gcecillamaure.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7662

Pustulosis cutànea en hombre de 53 años

Presentamos el caso de un hombre de 53 años que consultó por lesiones pustulosas en la frente, de 24 h de evolución.

Caso clínico: hombre de 53 años.

Antecedentes personales: esquizofrenia con deterioro cognitivo, hipertensió i hipotiroidisme posquirúrgic. En tratamiento crónico con olanzapina e hidroclorotiazida.

Acude por dermatitis frontal extensa secundaria al uso de alcohol de 96% para uso antiséptico y propionato de fluticasona tópic (alta potencia). Posteriormente, se automedica sin prescripción médica con pimecrolím tópic de forma repetida durante 24 h. Consulta en atención primaria 24 h después de la aplicación de pimecrolím por lesiones pustulosas en la frente.

En la exploración física se aprecia placa eritematosa de 10 cm en la frente, acompañada de zonas de descamación y pústulas diseminadas en toda la extensión de la placa.

La presencia de pústulas cutáneas localizadas de aparición aguda implica el diagnóstico diferencial entre causas infecciosas, inflamatorias y como reacción adversa a fármacos. En relación con la reacción a fármacos, que fue nuestra sospecha inicial por el antecedente de uso de pimecrolím las 24 h previas, los pacientes pueden presentar formas clínicas atípicas de la pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) con lesiones en diana o lesiones cutáneas localizadas (pustulosis exantemática localizada aguda [PELA]).

Se toma muestra para cultivo de lesiones pustulosas. Se inicia antibioterapia tópic y oral con mupirocina y amoxicilina-ácido clavulánico y se deriva a dermatología.

Dermatología inicia tratamiento con metilprednisolona tópic cada 12 h durante 2 semanas e higiene local. Las lesiones pustulosas mejoran, con su desecación, tras 2 semanas del tratamiento combinado.

NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
LLUÍS CUIXART COSTA

Contacte:
nchahboun@eapdreteaixample.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7665

En aquest tòrax hi ha massa coses

Àmbit del cas: Atenció primària.

Motius de consulta: pacient de 60 anys que consulta per dolor toràcic atípic.

Història clínica: salpingectomia per embaràs ectòpic; histerectomia amb doble anexectomia (gener 2015).

No medicació habitual.

No antecedents patològics familiars, excepte germà intervingut de goll.

Procedent de República Dominicana. Viu amb la seva filla. Actualment a l'atur.

Malaltia actual: acut per quadre de dolor toràcic atípic, de varies hores d'evolució, irradiat a la regió interescaular. No vegetativisme. Refereix episodis previs similars autolimitats.

Exploració física: no alteracions a l'auscultació cardiopulmonar. Resta anodí.

Analítica sang: normal.

Electrocardiograma: ritme sinusal, 74 bpm, eix desviat a l'esquerra, bloqueig auriculoventricular de primer grau.

Radiografia de tòrax: engruiximent mediastínic amb desviació esofàgica cap a la dreta. Índex cardioràcic de 0,5. No alteracions del parènquima pulmonar. Sins costofrènics lliures.

Judici clínic: es realitza tomografia computada (TAC) toràcica: augment heterogeni del lòbul esquerre tiroïdal amb extensió mediastínica superior (a expenses del lòbul tiroïdal esquerre), apreciand desviació i compressió de la tràquea i l'esòfag a la dreta. No afectació pulmonar ni adenopaties.

Tractament: la pacient va ser derivada a cirurgia toràcica on es va realitzar hemitiroidectomia esquerra.

Evolució: cirurgia sense complicacions i presenta una bona evolució fins a l'actualitat, amb desaparició de la simptomatologia i controls de tiroide correctes.

Conclusions: el diagnòstic diferencial del dolor toràcic és molt ampli. Pot ser degut a causes cardíaques, pulmonars, toràciques i osteomusculars. L'anamnesi i l'exploració física han d'orientar en relació amb l'etiologia, i les proves complementàries han de confirmar el diagnòstic.

En aquest cas, la radiografia de tòrax va evidenciar un engruiximent mediastínic, alteració que obliga a realitzar el diagnòstic diferencial entre timoma, teratoma, tiroide endotoràcica i limfoma. La TAC pulmonar va confirmar el diagnòstic de goll tiroïdal endotoràcic, la qual cosa va permetre el tractament quirúrgic.

CLARA PERIS ESTANY
M. JÚLIA PAJARES BOCANEGRA
POL ADMELLA CLANCHET

Contacte:
cperisestany@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7666

Disfàgia en pacient jove

Àmbit: atenció primària (AP).

Motiu: disfàgia.

Història clínica: home de 57 anys. Al·lèrgia penicil·lina. No antecedents mèdics d'interès. Intervenció quirúrgica d'hèrnia inguinal dreta. No tractament habitual.

Anamnesi: epigastràlgia i disfàgia a sòlids i líquids amb sensació de reflux gastroesofàgic d'un mes d'evolució. Episodis d'impactacions diàries que se solucionen amb líquids i regurgitacions. Pèrdua de pes d'uns 8 kg.

Exploració física: pes 72 kg (pes habitual de 80 kg).

Abdomen tou depressible, no dolorós, no masses ni megàlies, peristaltisme present.

Proves complementàries:

- Analítica: sense anèmia, ferritina normal.
- Endoscòpia digestiva alta: certa resistència al pas de l'endoscòpia.
- Biòpsies esofàgiques normals.
- Manometria esofàgica d'alta resolució: acalàsia de tipus II.

Judici inicial i diagnòstic diferencial: inicialment se sospita una lesió maligna per la relació amb la pèrdua de pes. Com a diagnòstic diferencial cal descartar esofagitis eosinofílica, neoplàsia orofaríngea o esofàgica i trastorn motor esofàgic

Tractament i actuació: en la primera visita a AP es va iniciar omeprazole com a prova terapèutica i es va sol·licitar fibrogastroscòpia i analítica preferent. Amb el resultat es va realitzar interconsulta sense pacient amb gastroenterologia per descartar un trastorn motor esofàgic i van completar l'estudi amb manometria, que va confirmar el diagnòstic. Es va derivar a l'hospital on s'ha realitzat intervenció quirúrgica de miotomia endoscòpica peroral (POEM).

Evolució: bona evolució postintervenció i resolució de la clínica de disfàgia. Pendent de fibrogastroscòpia de control i posteriorment manometria.

Conclusions: la importància del cas recau en el diagnòstic diferencial i l'inici precoç de l'estudi just des de la primera visita d'AP per descartar patologia maligna.

L'accessibilitat de comunicació entre els especialistes d'AP i els especialistes focals hospitalaris és bàsica per completar l'estudi de certs pacients de manera efectiva i plantejar quin és el millor maneig.

CARLOS ALBERTO VASQUEZ MEDINA
ELISENDA FLORENSA CLARAMUNT
CLAUDIA INES GONZÁLEZ NOGUERA

Contacte:
cvasquezm@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7668

Metástasis ovàrica como hallazgo inicial de cáncer de colon en una mujer joven

Àmbit del caso: àmbit rural.

Motivo de la consulta: dolor abdominal.

Historia clínica: enfoque individual. Mujer de 47 años con los siguientes antecedentes personales: apendicetomía, partos eutócicos, tendencia a la obesidad.

Enfoque familiar de interès: padre con neoplasia lingual, tía materna con neoplasia de colon, madre con neoplasia gástrica.

Juicio clínico diagnòstic diferencial, identificació de problemes: molestias epigàstricas de 12 meses de evolució. Pèrdua de 5 kg el último año (refiere que por hacer dieta) sin alteración del hábito intestinal.

Anemia desde 2019 (se atribuye a menstruaciones abundantes): hemoglobina 87 g/l, Ht 28%. Control por ginecología: cribado de mama por mastopatía fibroquística, junto con exámenes por ecografía de útero y anexos sin alteraciones en octubre de 2019

Valorada por digestólogo en 2019 y se realiza endoscopia alta: gastritis, se indica omeprazole. Acude en mayo de 2020 al consultorio por sensación de distensión abdominal. Se realiza ecografía FAST que muestra líquido libre abdominal en cuatro cuadrantes, presencia a nivel del anexo izquierdo de imagen arriñonada de 11 cm compatible con proceso neofornativo de localización ovàrica. Se deriva a urgencias.

Tratamiento y planes de actuación: inicialmente a cargo de ginecología, laparoscopia y resección de tumor de localización ovàrica, biopsia de colon. Posterior estudio: tomografía por emisión de positrones y colonoscopia. Segunda intervenció: pelviperitonectomia, histerectomia, anexeetomia, omentectomia, quimioterapia intraperitoneal. Port a Cath, quimio neoadyuvante.

Diagnòstic definitiu: adenocarcinoma de colon transvers, bajo grado infiltrante, tumor metastàsico a nivel ovàrico caracterizado como Pt4 PN1, implantes peritoneales.

Evolució: dolor abdominal posterior a cada intervenció, diarreas, necesidad de nutrició complementaria, síndrome depresivo, controles multidisciplinarios, estudio genético pendiente.

Conclusiones: plantear el *screening* a pacientes jóvenes con criterios clínicos para solicitar sangre oculta en heces y colonoscopia. La importancia de valoración clínica ecográfica en primaria, su uso rutinario para la valoración de patología abdominal. Definir las causas, investigar nuevos marcadores tumorales, factores de riesgo personal y familiar.

EDUARDO RODRÍGUEZ CABALÉ
GRETHEL RODRÍGUEZ CABALÉ
MARIO NAVAJAS CUENCA

Contacte:
ercabale@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7669

A propósito de un caso de sarcoidosis

Motivo de consulta: artralgias y placas eritematovioláceas en rodillas.

Historia clínica: mujer de 36 años, sin antecedentes médicos conocidos ni hábitos tóxicos, pero con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Valorada por cuadro de 4 meses de evolución, de episodios de artralgias (rodillas, hombros y codo izquierdo) autolimitados en horas y sin signos inflamatorios, con aparición posterior de pequeñas pápulas y placas eritematovioláceas en rodillas. Exploración física: sin alteraciones relevantes más allá de las lesiones en piel anteriormente descritas (más cicatriz antigua en rodilla derecha).

Estudios complementarios: analítica: glucemia, función renal y hepática, hemograma, PCR y coagulación normales. VSG: 18, ANA +; resto del estudio inmunológico normal. Radiografía de tórax: únicamente destaca tenue patrón intersticial bilateral de predominio en los campos superiores. Tomografía computarizada toracoabdominal: sin alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: natural de Honduras (lleva 16 años en España). Trabaja como cuidadora. Vive con su pareja y tiene buen soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el cuadro clínico, a pesar de ser algo inespecífico, orientaba hacia un proceso sistémico. El diagnóstico de sarcoidosis fue confirmado por el especialista mediante biopsia cutánea. Diagnóstico diferencial: síndrome de Sweet, eritema nodoso, toxicodermia. Identificación de problemas: ante paciente con edad comprendida entre 20 a 50 años se debe sospechar de artralgias, lesiones en piel y afectación pulmonar.

Tratamiento, plan de actuación: tandas de Fluticrem® (fluticasona) si lesiones en piel. Paracetamol ± naproxeno si artralgia.

Evolución: sin aparición de nuevas lesiones, y con mejoría de las previas. Ha presentado nuevos episodios de artralgias, que solo han precisado paracetamol; no ha presentado otra clínica ni complicaciones.

Conclusiones: la valoración integral del paciente por el médico de familia permite llegar a diagnósticos de entidades complejas y no tan frecuentes como la sarcoidosis.

ESTER CANO COSTA
CRISTINA DOMÉNECH TURÀ
MERITXELL GABARRÓ BUSQUETS

Contacte:
estercanocosta@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7670

Un cas diferent de tuberculosi a l'atenció primària

Àmbit del cas: atenció primària.

Home de 51 anys, natural del Pakistan. Sense al·lèrgies ni hàbits tòxics. No presenta antecedents patològics ni intervencions quirúrgiques prèvies. Viu a Espanya des de fa 18 anys. Últim viatge al Pakistan fa 2 anys. Acut a una visita programada al centre d'atenció primària on consulta per dolor abdominal i diarrees, sense productes patològics, de 4 mesos d'evolució; que s'acompanya d'una pèrdua ponderal de 12 kg.

Davant d'aquesta simptomatologia se sol·licita una analítica on destaca una anèmia normocítica-normocròmica, sense altres troballes, coprocultiu negatiu, inclòs un estudi de paràsits intestinals, i una fibrocolonoscòpia urgent que objectiva una ileïtis ulcerosa amb subestenosi distal. Es prenen biòpsies que mostren material fibrinoleucocitari i teixit de granulació. Es deriva de forma urgent a digestiu que descarta un procés neoproliferatiu i una possible malaltia inflamatòria intestinal. S'amplia estudi amb una tomografia computada on s'observen signes d'ileïtis difusa d'aspecte infeccios inflamatori sense complicacions extramurals ni quadre oclusiu associat. No s'observa cap lesió accessible per punció amb agulla fina. El pacient és derivat a la consulta d'infeccioses on es realitza un test de tuberculina i IGRA amb resultat negatiu, que es consideren una possible anèrgia. Donat l'antecedent epidemiològic es considera que la causa més probable de la ileïtis terminal és la tuberculosa. S'inicia tractament antituberculostàtic amb quàdruple teràpia, important millora clínica i augment de 3 kg de pes un mes després de l'inici del tractament.

Conclusiones: la tuberculosi ha augmentat la seva incidència en els últims anys a causa dels corrents migratoris i els tractaments immunosupressors. També s'ha observat un augment de l'afecció extrapulmonar. El tracte gastrointestinal és al 6è lloc extrapulmonar més compromès i afecta a l'àrea ileocecal en el 75-90% dels casos. En aquests casos és molt important una bona anamnesi i tenir en compte el context epidemiològic dels pacients per tal de poder arribar al diagnòstic.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NÚRIA DOMEDEL PUIG
JIUN ISABEL ZHANG YIM
MARÍA DOLORES MORENO ANDÚJAR

Contacte:
ndomedelp.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7671

Anomalies de l'úrac com a causa de dolor abdominal

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dolor abdominal crònic.

Història clínica: enfocament individual: dona de 24 anys, laboralment activa.

Antecedents: síndrome de Tourette, dispareúnia i anticoncepció hormonal.

Anamnesi: refereix digestions lentes, piroisi i dolor a l'hipocondri esquerre des de fa un any, que augmenta amb l'exercici. Nega alteració deposicional, pèrdua de pes, abús d'antiinflamatoris i cirurgia abdominal prèvia.

Exploració física: abdomen anodi. Analítica amb anèmia lleu, funció hepàtica i pancreàtica normals, celiaquia descartada. Estudi de femta negatiu per a sang i bacteris patògens. Ecografia i tomografia computada abdominals normals.

Judici clínic: es deriva a l'atenció especialitzada per valorar causes infreqüents de dolor abdominal.

Diagnòstic diferencial: el dolor abdominal crònic pot tenir un origen visceral (malaltia per reflux gastroesofàgic, úlcera pèptica, pancreatitis, esplenomegàlia, síndrome de l'intestí irritable, malaltia inflamatòria intestinal, brides, diverticle de Meckel, isquèmia mesentèrica, anèmia hemolítica, patologia nefrourològica i ginecològica), sistèmic (porfíria, insuficiència renal), referit (hèrnia discal, pleuritis) o psicogen.

Identificació de problemes: ginecologia sol·licita ressonància magnètica pèlvica, on destaca un quist uracal supravesical calcificat de 8 mm.

Les anomalies de l'úrac són el resultat del tancament incomplet de la connexió entre l'alantoides i la cloaca. La majoria de casos es diagnostiquen en la infància (omfalitis) i rarament apareixen en adults (tumoració, dolor o supuració umbilicals).

Tractament i plans d'actuació: en noutats les anomalies uracals tenen maneig conservador, ja que sovint mostren obliteració espontània. Donat el seu potencial de malignització, en adults es valora la cirurgia.

Evolució: la pacient es troba en seguiment a urologia.

Conclusions: el dolor abdominal és un motiu de consulta molt freqüent. Resulta essencial valorar les característiques del pacient: edat, sexe, localització del dolor, durada i símptomes acompanyants. En aquest cas, una vegada descartades les causes habituals de dolor abdominal en dones joves, les proves d'imatge d'alta resolució van portar a la troballa d'una anomalia del desenvolupament.

NÚRIA DOMEDEL PUIG
JIUN ISABEL ZHANG YIM
MARÍA DOLORES MORENO ANDÚJAR

Contacte:
ndomedelp.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7672

Dolor crònic amb la marxa. Més enllà de les causes habituals

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dolor a les cames.

Història clínica:

- Enfocament individual: home de 56 anys, administratiu.
- Antecedents: exfumador, exbebedor, hipertensió arterial, dislipèmia, gota, síndrome d'apnea-hipopnea del son, lumbàlgia, cardiopatia isquèmica.
- Anamnesi: refereix dolor bilateral i debilitat a les extremitats inferiors de mesos d'evolució, desencadenats amb la deambulació, que cedeixen amb el repòs, no posturals, i independents d'estatines.
- Exploració i proves complementàries: exploració normal a nivell de nervi ciàtic, polsos, índex turmell-braç, temperatura i edemes. Laxitud palpebral esquerra. Analítica i ressonància lumbar normals.
- Judici clínic: la clínica no s'ajusta a les etiologies típiques de dolor crònic i, per tant, es pren com a signe guia la debilitat.
- Diagnòstic diferencial: les etiologies més freqüents del dolor d'esforç són la claudicació (vascular o neurògena) i la muscular (estatines). Altres entitats inclouen endocrinopaties, alteracions de la placa neuromuscular, esclerosi lateral amiotròfica, Guillain-Barré, distròfia miotònica, fatiga crònica i trastorns psiquiàtrics.
- Identificació de problemes: les proves de fatigabilitat i l'estudi d'anticossos anticolinesterasa van ser negatius i es va derivar el pacient a l'hospital de referència. El retard diagnòstic associat va comportar l'aparició d'un component significatiu d'ansietat.
- Tractament i plans d'actuació: neurologia va objectivar una lleu fatigabilitat, tant a nivell de psoes i de les extremitats inferiors proximals bilaterals, com a nivell cervical i distal a les extremitats superiors. Sota el diagnòstic de miastènia gravis generalitzada seronegativa, el pacient va iniciar tractament amb azatioprina i piridostigmina.
- Evolució: donada la presentació atípica de miastènia gravis, la resposta al tractament esdevé clau per confirmar el diagnòstic.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: en el dolor crònic d'esforç, habitualment una anamnesi i l'exploració minucioses permeten una orientació etiològica clara però, si és necessari, cal reinterrogar el pacient. En aquest cas, la debilitat va ser l'element clau per arribar al diagnòstic final.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ALBA VALVERDE GARCÍA
MIREIA RIVERA GARCÍA
OLGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

Contacte:
albavalverdegarcia@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7673

Trastorno de la conducta alimentaria en una adolescente

Àmbit del cas i motiu de consulta: mujer adolescente de 16 años. En la consulta de atención primaria, su madre comenta restricción alimentaria desde hace aproximadamente 7 meses, conducta purgativa (vómitos y diuréticos) y crisis de ansiedad diarias. Obsesión con las calorías, sensación de inestabilidad cefálica y ataxia menstrual. Hace baile y tiene pareja. IMC en primera visita: 22,8.

Historia clínica: en la última visita del programa Nen Sa se registró leve sobrepeso (IMC: 25,3) y abdominalgia (catalogada como dolor psicósomático, con fibroscopia normal). Alimentación variada y adecuado rendimiento escolar. Dismenorrea y retrasos en la menstruación, cefalea tensional que relacionaba con estrés. Padres separados desde los 6 años, ambos con pareja actualmente, una de ellas diagnosticada de trastorno de la conducta alimentaria.

Derivamos para valoración por psiquiatría (centro de salud mental infantil i juvenil) por presentar episodios de crisis de ansiedad diarios.

La familia consultó con un psicólogo privado que orientó como trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico y trastorno ansioso-depresivo. Además, realizaron vinculación en centro privado para trastornos de la conducta alimentaria.

Posteriormente fuimos realizando seguimiento en nuestra consulta de manera telefónica (en el contexto de pandemia) y analíticas, con resultados dentro de la normalidad.

Pasados tres meses desde la derivación al CSMIJ, aún pendiente de ser visitada, y a pesar del seguimiento en un centro privado, persisten los episodios de crisis de ansiedad. Finalmente realiza sobreingesta medicamentosa de amoxicilina e ibuprofeno con finalidad autolítica, en contexto de ruptura de relación de pareja y es llevada por sus padres a un hospital de zona, quienes derivan a un hospital terciario donde se ingresa y se inicia tratamiento con sertralina y lorazepam.

Conclusión: es necesaria la detección y atención precoz de determinados problemas para evitar que se conviertan en un trastorno grave. Resulta fundamental el abordaje de la salud mental juvenil de manera interdisciplinar por distintos profesionales e instituciones junto con la familia.

AURORA NAVARRO GÓMEZ
PATRICIA SANTOS DURÁN
MIREIA CUADRENCH SOLÓRZANO

Contacte:
anavarrog.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7674

La disfàgia com a entitat emmascarada

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: disfàgia.

Historia clínica: enfocament individual:

- Sense antecedents personals d'interès, no pren tractament habitual.
- Anamnesi: home de 41 anys consulta per disfàgia intermitent de sòlids i líquids amb pirosi i dolor toràcic associats de mesos d'evolució, almenys tres cops per setmana.
- Exploració: llavis hidratats, cavitat bucal amb dents preservades, genives rosades no inflamades ni eritematoses, llengua no sèptica, sense alteracions de les mucoses ni dentàries.
- Proves complementàries: electrocardiograma normal, analítica normal amb anticossos anti recombinant *Trypanosoma cruzi* negatiu. Serologies de cribratge negatiu.

Enfocament familiar i comunitari: natiu de Colòmbia, viu a Catalunya des del 2019.

Diagnòstic diferencial: disfàgia esofàgica; neuromusculars (acalàsia, espasme esofàgic difús, hipertensió esfínter esofàgic inferior, esofagitis eosinofílica); obstructives; intrínseques (tumors, estenosi, cossos estranys); extrínseques (compressió vascular, masses mediastíniques).

Evolució: davant la simptomatologia del pacient se sol·licita una gastroscòpia que evidencia esofagitis eosinofílica. S'inicia tractament simptomàtic amb inhibidors de la bomba de protons (IBP), amb bona resposta clínica.

Conclusions: l'esofagitis eosinofílica representa la segona causa d'esofagitis crònica. Es caracteritza per disfàgia a sòlids, impactació alimentària i dolor toràcic no relacionat amb la deglució. El diagnòstic és clínic i es confirma amb endoscòpia i biòpsies. El tractament es basa en fàrmacs (com els IBP) o modificacions dietètiques orientades a induir i mantenir la remissió dels símptomes.

El paper que té l'atenció primària en aquestes entitats és ampli: aportar la seva sensibilitat per a la detecció precoç, deriva i fa el seguiment posterior. Per això és important l'equip amb infermeria per la part d'adherència terapèutica (dieta, hàbits...) i també una bona coordinació hospitalària.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LEYRE MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MARIA TERESA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ

Contacte:
leyremartinezm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7675

¿Qué fue antes, el huevo o la gallina?

Mujer de 66 años con antecedentes de carcinoma folicular de tiroides. Desde hace 20 años en tratamiento sustitutivo con levotiroxina, osteoporosis y portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo.

Consulta por edema generalizado, sobre todo en miembros inferiores, así como aumento de 5 kg durante los últimos 5 días. Refiere malestar de 3 meses de evolución asociado a diarrea, disnea y orinas espumosas. Analítica 6 meses antes, anodina. Presenta edemas con fovea bilaterales en los miembros inferiores. Se pauta tratamiento con furosemida oral. En analítica sanguínea destaca colesterol 564 mg/dl; proteínas 4,6 g/dl con hipoalbuminemia de 2,5 g/dl; hormona estimulante de la tiroide de 135,21 con tiroxina de 6,67 y triyodotironina de 2,02; pro-BNP 151 pg/ml; filtrado glomerular 121 ml/min/1,73 m². En analítica de orina presenta proteinuria total de 8.214 mg/24 h con microalbuminuria de 5.960 mg/24 h, sin microhematuria. Se realiza ecografía tiroidea en la que solo se observan secuelas de la tiroidectomía previa. Endocrinología valora únicamente el hipotiroidismo e indica aumento de levotiroxina de 150 mcg a 175 mcg al día.

A su vez, la paciente consulta por medios propios en otro centro y es valorada por nefrología, que ante la clínica y la presencia de proteinuria diagnóstica síndrome nefrótico. Pauta tratamiento con ramipril 5 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h y furosemida 80 mg/24 h. Se completa el estudio analítico en el que presenta ANA negativos y estudio del complemento normal. Se realiza biopsia renal y se diagnostica de nefropatía por cambios mínimos. Se pauta tratamiento con prednisona 60 mg/24 h.

Mejoría progresiva de la proteinuria, del perfil tiroideo y lipídico y de la clínica.

Este tipo de glomerulonefritis ha sido relacionado con el hipotiroidismo y, a su vez, una descompensación hipotiroidea podría causar clínica de edemas, empeoramiento de la función renal e hiperlipidemia. En este caso no ha sido posible el diagnóstico de la causa principal. La paciente ha mejorado con tratamiento sintomático mixto.

CARLOS ALBERTO VASQUEZ MEDINA
JOAN IGNASI COLOMÉ SABATÉ

Contacte:
cvasquezm@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7677

Infiltración ecoguiada de tendinopatía calcificante, a propósito de un caso

Ámbito del caso: ámbito rural.

Motivo de consulta: dolor en hombro izquierdo.

Historia clínica: enfoque individual: hombre de 59 años con antecedentes de importancia de cáncer de pulmón en 2015, PT2 pN1.

Refiere escasa actividad física los últimos años, presenta dolor e impotencia funcional en el hombro izquierdo, de meses de evolución con agudización en el último mes a predominio nocturno, de tipo inflamatorio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el dolor de hombro es una de las causas que con más frecuencia vemos en la consulta en atención primaria. En nuestro caso, los diagnósticos diferenciales más comunes serían tendinitis, bursitis, artrosis y artritis, entre otras. Ecografía: zona hiperecoica con atenuación de la calcificación (sin sombra acústica), de localización intratendinosa del tendón supraespinoso. Radiografía: calcificación en topografía del tendón del supraespinoso.

No todas las calcificaciones producen dolor, probablemente el dolor intenso es cuando ya se encuentra en proceso de reabsorción, etapa en la que creemos encontrarnos.

Tratamiento y planes de actuación: sentado el paciente y manteniendo las medidas asépticas necesarias se marca el centro de la calcificación, infiltración cutánea y bursal con aguja de 23 g (azul), posteriormente aguja de 18 g, perforamos en varios puntos la calcificación y se realiza un lavado con suero fisiológico anestésico, aproximadamente 15 cc. Una vez finalizado el tratamiento se inyectan corticoides en la bursa.

Evolución: muy buena respuesta a los 3 días del procedimiento, con recuperación completa de la movilidad. Realizamos ecografía de control y radiografía a los 6 meses. Desaparición de la calcificación.

Conclusiones: el lavado ecoguiado en las tendinopatías calcificantes es un procedimiento que se debe aplicar en atención primaria.

Su compleja anatomía, así como la relación entre sintomatología y lesión, como la terapia ecoguiada, hacen que sea un reto para el médico de familia en los tiempos actuales.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRIS RIVERA ABELLÓ
MAR JARQUE MOYANO
NATÀLIA ROSÉS MUNTASELL

Contacte:
iriveraa.bcn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7678

Quan el color importa

Àmbit del cas: atenció primària, dermatologia.

Motiu de consulta: home de 54 anys, consulta per un altre motiu i es detecten pestanyes blanques.

Història clínica: enfocament individual:

Antecedents personals: dislipèmia, hipertensió arterial, fumador, obesitat.

Tractament: dieta hiposòdica, hipocalòrica; enalapril.

El pacient presenta hipocromia d'algunes pestanyes de la parpella superior de l'ull esquerre. No sap precisar el temps d'evolució. No presenta altres alteracions oftalmològiques. Nega antecedents familiars dermatològics.

Exploració física: fototip III. No presenta altres lesions cutànies. Cabell i barba canoses. Exploració per aparells sense alteracions.

Analítica (incloent hormona estimulant de la tiroide, VSG, ANA, PCR): destaca només glucèmia 133 i hemoglobina glicada 6,6.

Judici clínic, identificació de problemes: s'orienta com a poliosi de pestanyes i sospita de diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2).

Diagnòstic diferencial: causes oculars (blefaritis crònica, uveïtis idiopàtica), sistèmiques (vitiligen, esclerosi tuberosa, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, síndrome de Waardenburg, síndrome de Marfan).

Es deriva a dermatologia i es realitza el diagnòstic clínic de vitiligen focal.

Tractament: no s'inicia tractament per la poca extensió i compromís de la lesió.

Evolució: es confirma DM2 i s'afegeix metformina al seu tractament. Tres mesos més tard reconulta per aparició de màcula acròmica ben delimitada de 3 cm x 2 cm a nivell frontal esquerre. S'inicia tractament amb corticoides tòpics i pimecrolimús. El pacient no presenta impacte psicològic.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: el vitiligen és la hipomelanosi adquirida més comuna; afecta habitualment la pell, i l'afectació de pèl i mucosa és ocasional. És de causa desconeguda i la hipòtesi autoimmunitària és la més acceptada. El fenomen de Koebner és comú (15-70% dels pacients). El vitiligen es pot associar a altres malalties autoimmunitàries, sobretot del tiroide, així com a altres malalties cutànies o a síndromes genètiques. La progressió del vitiligen és impredecible i pot produir un impacte psicològic important amb afectació de la qualitat de vida dels pacients.

JORGINA LUCAS NOLL
RAQUEL GUTIÉRREZ VOZMEDIANO
MARIA FERRÉ FERRATÉ
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
CARINA AGUILAR MARTÍN
EMPAR NAVASQUILLO CALDERÓN

Contacte:
jlucasn.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7683

Millorar prescriure quan encara som a temps

Introducció: l'estàndard de qualitat de la prescripció farmacològica (EQPF) és una eina de mesura emprada per a la millora de la qualitat de la prescripció de medicaments en l'àmbit de l'atenció primària.

L'argumentari de l'EQPF recull el conjunt d'evidències científiques dels fàrmacs recomanats. Aquests fàrmacs corresponen als onze grups de medicaments que serveixen per tractar els problemes de salut més habituals a l'atenció primària i que l'origen de la prescripció dels quals és fonamentalment les consultes dels metges d'atenció primària.

Dels múltiples fàrmacs que hi ha a cada grup farmacològic se selecciona un petit nombre de fàrmacs recomanats en funció de diferents criteris, entre els quals els més importants són l'eficàcia, la seguretat i l'experiència d'ús.

És de gran importància poder reconèixer aquelles noves prescripcions no recomanades per poder reconduir la prescripció quan abans millor.

Objectiu: millorar l'EQPF, basant-nos en la revisió dels nous fàrmacs no recomanats de nova prescripció.

Metodologia: de forma mensual s'extrauen les dades de les noves prescripcions de fàrmacs no recomanats realitzades a l'atenció primària.

Aquesta informació es posa en coneixement del professional prescriptor acompanyat d'unes recomanacions per part del farmacèutic d'atenció primària per poder donar el suport necessari per valorar el canvi per un fàrmac recomanat. Millorant així la qualitat de la prescripció i la seguretat del pacient.

Conclusions: el fet de poder disposar de dades mensuals de les noves prescripcions no incloses dins de les recomanacions terapèutiques suposa una eina de suport per poder ser conscients i reconduir al més aviat possible aquelles prescripcions no indicades, evitant la cronificació.

GUSTAVO ANDRÉS SALOM OSTA
MARÍA BELÉN FERNÁNDEZ SOTO
NÚRIA SARRÀ MANETAS

Contacte:
salomg.md@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7685

Una causa infrecuente de dolor abdominal: infarto omental

Hombre de 58 años exfumador, hipertenso, diabético de tipo 2, dislipémico, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)-presión positiva en las vías respiratorias (CPAP) y sin antecedentes quirúrgicos de interés. Consultó con su médica de familia por dolor punzante en hemiabdomen izquierdo de aparición súbita, sin fiebre, vómitos, diarrea o síndrome miccional. Como medicación habitual tenía pautados irbesartán, metformina y simvastatina. En la exploración física destacaron constantes dentro de la normalidad, normocoloreado y normohidratado con abdomen muy doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo, Blumberg dudoso y puñopercusión bilateral negativa.

Se realizó tira reactiva de orina con resultado negativo. Su médica decidió pautar tratamiento sintomático asociado a conducta expectante, considerando la estabilidad clínica del paciente. Decidió además, ampliar el estudio del caso con una ecografía abdominal en atención primaria que concluyó: esteatosis hepática I. HBP (80 ml).

Por persistencia de dolor a las 48 h, a pesar del tratamiento sintomático recomendado y tras nueva exploración física con las mismas características, se derivó a urgencias hospitalarias en las que se realizó analítica: hemoglobina 15,2 g/dl; leucocitos 6.570; plaquetas 158.000 GSV pH 7.393; lactato 1.57 mmol; sedimento de orina: eritrocitos 0-2 por campo y tomografía computarizada abdominal en la que se objetivaron signos radiológicos sugestivos de infarto omental a nivel de la fosa ilíaca izquierda, sin complicaciones sobreañadidas. Se pautó tratamiento sintomático endovenoso y sueroterapia. Fue valorado por el servicio de cirugía general, que ante la estabilidad clínica y buena evolución del paciente decidió el alta médica a su domicilio con tratamiento sintomático (omeprazol y dexketoprofeno) y continuar los controles por su equipo de atención primaria.

M^a CARMEN PEREZ CENTELLAS
FABIO CANNIZZARO
ARIADNA MARTINEZ LÓPEZ

Contacte:
cperez.centre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7686

Dolor isquèmic sense alteracions coronàries

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor toràcic opressiu irradiat a l'espatlla que s'acompanya de sudoració d'1 h d'evolució.

Història clínica: antecedents personals: no en refereix. No hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis *mellitus*. No fumador.

Anamnesi: home de 48 anys que acudeix al centre d'atenció primària de Montmeló a les 9 del matí perquè a les 3 de la nit s'ha despertat per un dolor toràcic opressiu irradiat a l'espatlla, acompanyat de sudoració d'una hora d'evolució. Refereix haver-ne tingut un episodi similar el mes previ.

Exploració física: TA 145/85 mmHg, FC 72 bpm, SatO₂: 98%. Estat general regular. Desvetllat i orientat a les 3 esferes, sense focalitat neurològica aguda aparent. Auscultació pulmonar sense troballes patològiques. Rítmic sense sorolls sobreafegits. Membre inferiors sense edema ni signes de trombosi venosa profunda.

Electrocardiograma: RS a 70 bpm, PR <0,12, QRS estret, sense alteracions de la repolarització.

Judici clínic: s'orienta el cas com a síndrome coronària aguda.

Tractament i pla d'actuació: es contacta el 061.

Evolució: es deriva a l'hospital on es detecten troponines elevades. Es realitza radiografia de tòrax que no evidencia alteracions patològiques. S'administra Cafinitrina[®] sublingual que aconsegueix millorar el dolor. Davant d'això es decideix realitzar ecocardiograma que detecta "troballes compatibles amb cardiopatia isquèmica (lleu hipocinèsia anteroseptal mitjana i apical, anteroapical i inferoapical) i signes indirectes de DD moderada". Per tant, es realitza angiografia cardíaca que no objectiva lesions angiogràficament significatives en territori de la DA però s'aprecia milking en el seu segment mig. S'inicia tractament amb blocadors beta.

Conclusió: davant la clínica de dolor toràcic, un electrocardiograma sense alteracions no sempre permet descartar amb seguretat la cardiopatia isquèmica, que també pot passar en context de coronàries intactes. Cal destacar el diagnòstic diferencial amb patologies com la síndrome de tako-tsubo i l'angina de Prinzmetal, que es manifesten amb dolor toràcic en absència de lesions a les coronàries.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CLARA ANDRÉS BELMONTE
SERGIO RAMÍREZ RODRÍGUEZ
DOSINDA VILLANUEVA LÓPEZ

Contacte:
clarandresb@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7687

Diplopia binocular, a propósito de un caso

Mujer de 38 años con antecedente de cirugía bariátrica en 2020, en tratamiento con suplementos vitamínicos e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con tiroxina, buen control. En julio de 2021 acude a urgencias por diplopia binocular a la mirada vertical y horizontal de predominio derecho, con historia de cefalea holocraneal autolimitada sin signos de alarma 2 días antes y episodios autolimitados de segundos de duración de afasia/disartria. Se descarta patología oftálmica, se indica pauta descendente de prednisona 60 mg y se solicitan pruebas complementarias y visita neurología. Analítica normal, resonancia magnética (RM) craneal: placas gliotícodesmielinizantes de etiología inflamatoria que sugieren esclerosis múltiple.

En visita de neurología se realiza punción lumbar que confirma el diagnóstico (bandas oligoclonales inmunoglobulina G en el líquido cefalorraquídeo con patrón de tipo 2) y se solicita RM medular para completar el estudio.

Se inicia tratamiento con dimetilfumarato y se valoran previamente las inmunizaciones necesarias.

La esclerosis múltiple (EM) se caracteriza por focos diseminados de desmielinización en el encéfalo y en la médula espinal. Sus síntomas más frecuentes incluyen alteraciones oculomotoras, parestesias, debilidad, espasticidad, disfunción urinaria y síntomas cognitivos leves. Lo típico es que los déficits neurológicos sean múltiples, con remisiones y exacerbaciones que producen una discapacidad paulatina. El diagnóstico clínico de la EM se realiza considerando la existencia de criterios de diseminación espacial (síntomas y signos que indiquen la existencia de dos lesiones independientes en el sistema nervioso central) y de dispersión temporal (dos o más episodios de disfunción neurológica). La RM cerebral muestra lesiones multifocales de la sustancia blanca en el 95-99% de los pacientes con EM clínicamente definida. El tratamiento incluye corticoides para las exacerbaciones agudas, agentes inmunomoduladores para prevenir las exacerbaciones y la adopción de medidas sintomáticas.

GUSTAVO ANDRÉS SALOM OSTA
MARÍA BELÉN FERNÁNDEZ SOTO
NÚRIA SARRÀ MANETAS

Contacte:
salomg.md@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7688

Cuando el médico de familia se enfrenta a un hematoma subdural. ¿Lo sospechamos?

Hombre de 44 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por contusión en hemicuerpo izquierdo tras caída en bicicleta. Llevaba casco con abolladuras y niega pérdida de conocimiento. Destacó en la exploración física excoriación en codo izquierdo con limitación de la pronosupinación, contusión glútea izquierda y resto dentro de la normalidad. Se realizó analítica, sedimento de orina, electrocardiograma y radiografías: todo dentro de la normalidad. Se amplió estudio con tomografía computarizada (TAC) craneal de urgencia que concluyó: ausencia de hallazgos de patología intracraneal aguda. Dos meses después, el paciente reconsultó por cefalea hemicraneal desde la región occipital derecha e irradiada a región periocular ipsilateral, con la misma sensación "que después de la caída". En la exploración neurológica presentó discreta lateralización de la marcha a la derecha, referida como habitual por lo que se indicó tratamiento antiinflamatorio y control de síntomas, pero, 48 h después de la visita médica, el dolor aumentó de intensidad por lo que se le recomendó acudir a urgencias hospitalarias. En urgencias presentó exploración física normal, se repitió TAC craneal que objetivó hematoma subdural de características subagudas, hemisférico derecho, con efecto de masa y desplazamiento de estructuras de la línea media. Se decidió ingreso y se realizó angio-TAC craneal y estudio de coagulación, ambos dentro de la normalidad. Fue dado de alta con tratamiento corticoide oral en pauta descendente y seguimiento por su equipo de atención primaria.

RAÚL GUZMÁN LANGENHOFF
ARNAU GRASET TARRAGÓ
ANNA BALAUDE CARREIRA

Contacte:
agraset@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7689

Síndrome de Paget-Schroetter. Una trombosi infreqüent

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària.

Motiu de consulta: dolor i edema.

Història clínica: enfocament individual: home de 21 anys, natural de Bolívia. Antecedents personals: no al·lèrgies conegudes ni hàbits tòxics. Asma bronquial extrínseca en tractament a demanda.

Consulta al nostre centre per inici brusc de dolor costal dret de característiques pleurítiques i edema de l'extremitat superior dreta. Refereix haver fet esport (voleibol) la tarda anterior. No dispnea ni cap altra simptomatologia associada.

Exploració física i proves complementàries: bon estat general, NC, NH, C i O. SatO₂: 98%. Temperatura: 37,1 °C. Eupneic en repòs mantenint saturacions correctes. Auscultació cardiopulmonar normal. Extremitats inferiors: sense edemes ni signes de trombosi venosa profunda. Extremitats superiors: edema indurat de tot el braç i regió deltoide dreta amb polsos braquial i radial presents. Sense signes d'ingurgitació venosa.

Es decideix derivació hospitalària. Anàlíticament destaquen dímers D de 3.200 ng/ml. Eco-Doppler venós que conclou ocupació de l'eix subclavià dret per material trombotic hipoecogènic. Es completa amb angio-tomografia computada que mostra tromboembolisme pulmonar bilateral.

Enfocament familiar i comunitari: bon suport familiar i social. Adequada xarxa sociocomunitària.

Judici clínic: trombosi venosa profunda. Possible síndrome de Paget-Schroetter.

Diagnòstic diferencial: al centre de salut es planteja el diagnòstic diferencial de trombosi venosa, edema per traumatisme i limfedema.

Tractament, plans d'actuació i evolució: trombosi venosa profunda amb tromboembolisme pulmonar bilateral que va requerir d'ingrés hospitalari i tractament anticoagulant amb heparina de baix pes molecular a dosis terapèutiques, per passar posteriorment a l'alta amb anticoagulant d'acció directa. Estudi posterior de trombofilia negatiu.

Conclusions: una anamnesi correcta ens pot donar la clau per al diagnòstic. Hem de pensar en aquesta entitat, fonamentalment en pacients joves, esportistes i sense antecedents patològics. Un tractament precoç oportú és l'ideal per prevenir síndromes posttrombòtiques.

ARIADNA PASSARRIUS PEDROSA
ARIADNA ALARCÓN CALVET

Contacte:
apassarius.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7690

Dolors abdominals infradiagnosticats

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dolor abdominal.

Història clínica: enfocament individual:

Antecedents personals: dona de 51 anys, sense al·lèrgies medicamentoses i sense hàbits tòxics.

Sense antecedents patològics d'interès.

La pacient acut a la nostra consulta d'atenció primària per dolor a l'hipogastri d'un mes d'evolució, acompanyat de pol·laciúria i nictúria. Explica menstruacions irregulars els darrers mesos, sense augment de la dismenorrea. Nega altra simptomatologia.

Se sol·licita analítica sanguínia general amb coagulació, tira, sediment d'orina i urocultiu sense alteracions. Sang oculta en femta negativa. Ecografia abdominorenovesical anodina. Davant l'absència d'alteracions se sol·licita visita amb llevadora per realitzar citologia i virus del papil·loma humà, que resulten normals. També se sol·licita visita amb ginecologia, amb exploració ginecològica anodina excepte sequedat vaginal, i sol·licita diari miccional on s'observa freqüència de diüresi augmentada sense incontinència urinària.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

S'orienta com a bufeta hiperactiva i sequedat vaginal. El diagnòstic diferencial es planteja entre causa inflamatòria/infecciosa (p. ex., infecció urinària, diverticulosi, diverticulitis, malaltia inflamatòria pèlvica), litiasis renals, causa neoplàsica, altres causes ginecoobstètriques (p. ex., bufeta hiperactiva).

Tractament: s'inicia tractament amb entrenament vesical, mirabregó 50 mg/24 h, i prasterona 6,5 mg òvuls/24 h.

Evolució: amb el tractament pautat al cap d'un mes presenta millora de la simptomatologia.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: El dolor abdominal és un motiu de consulta molt freqüent en l'atenció primària. Per aquest motiu és important realitzar una anamnesi i una exploració física correctes per plantejar un diagnòstic diferencial més acurat i, a partir d'aquest, decidir quines proves complementàries són les més adequades. En aquest cas hem de destacar que la bufeta hiperactiva és una patologia infradiagnosticada que hem de tenir present quan ens consulten per aquest tipus de dolors, ja que pot arribar a ser molt incapacitant i afectar a les activitats de la vida diària.

DANIELA MONTALVO BARRERA
ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS
MARTA VILLALONGA PRATS

Contacte:
dmontalvo.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7692

No todas las anemias en la adolescencia son por la regla

Historia clínica: mujer de 17 años con antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y ferropenia sin anemia corregida en dos ocasiones. Acude en compañía de su madre. Presenta desde el inicio del curso lectivo 2021-2022 cansancio generalizado asociado a dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos matutinos. La clínica coincide con cambio de instituto, y amigos y maestros nuevos. A la paciente le preocupaba no poder estar a la altura del resto de compañeros. Las náuseas mejoraban en casa a partir de mediodía. Desde hace 2 meses amenorrea, pérdida de peso y cambios en el hábito intestinal. Buena relación madre-hija.

En la exploración física se encontró abdomen blando, depresible y no doloroso. Timpanismo a la percusión y con ruidos hidroaéreos presentes. Solicitamos analítica básica con hormonas tiroideas, anticuerpos antitransglutaminasas, parásitos y calprotectina en heces y test del aliento.

Juicio clínico: hipertiroidismo.

Diagnóstico diferencial: trastorno adaptativo por el cambio de instituto, enfermedad celiaca, parasitosis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal por *Helicobacter Pylori*.

Resultados: *H. pylori* positivo y calprotectina en heces elevada (1.142,4 ug/g). Resto normal.

Tratamiento: erradicación del *H. pylori*.

Se solicitó fibrocolonoscopia y se evidenciaron úlceras confluyentes en íleon terminal, pérdida de patrón vascular y exudado fibrinoso en ciego, lo que sugiere enfermedad de Crohn ileocólica.

Mejoraron los síntomas tras erradicar el *H. Pylori*, y las reglas se volvieron regulares. Actualmente en seguimiento por gastroenterología.

Conclusiones: con relativa frecuencia atribuimos las anemias ferropénicas en la mujer en edad fértil a las reglas. Es importante hacer una anamnesis y una exploración física con el fin de descartar otras causas de anemias ferropénicas y vigilar de cerca la evolución de la anemia. Por otro lado, el uso de la calprotectina en heces como biomarcador de inflamación intestinal tiene una gran utilidad en atención primaria y nos ayuda a diferenciarla de otras entidades, como el síndrome de colon irritable.

PAULA PAREDES BUIGUES

Contacte:
pparedesbuigues@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7694

Astenia en paciente de 50 años, a propósito de un caso

Se trata de un hombre de 52 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, que acude a la consulta de atención primaria en enero de 2022 por clínica de astenia y mareos de unas 6 semanas de evolución. Asocia pérdida de peso de 2 kg en las últimas 2 semanas y coluria leve. Niega prurito ni artralgias. Afebril. Sin otra clínica asociada.

En la exploración, paciente hemodinámicamente estable, afebril, normohidratado y normocoloreado, con auscultación cardíaca y respiratoria normales y abdomen no doloroso sin palpar masas ni megalias.

Dada la clínica, se solicita analítica completa incluyendo función renal, tiroidea y hepática. Aparece una alteración aguda de las pruebas funcionales hepáticas (PFH) en forma de hepatitis colostásica (GOT/AST 1.478 U/l, GPT/ALT 2.341 U/l, GGT 1.032 U/l, fosfatasa alcalina 140 U/l, bilirrubina total 2,75 mg/dl, directa 1,32 mg/dl, indirecta 1,43 mg/dl + hierro 218,0 µg/dl, ferritina 11.345 ng/ml).

Una vez se reciben los resultados de la analítica se decide ampliar el estudio de la hepatitis para filiar la causa. Se realiza una nueva analítica en la que se incluyen los virus de las hepatitis A, B y C, citomegalovirus, Epstein-Barr, parvovirus, varicela zóster y herpes virus. Todos ellos son negativos.

Además se solicitan anticuerpos para valorar la autoinmunidad, así como las inmunoglobulinas: aparece inmunoglobulina G de 42,45 g/l y anticuerpos anti músculo liso (ASMA) positivos 1/80.

Dados los resultados analíticos se diagnostica de hepatitis autoinmune y se realiza una interconsulta a digestivo para valoración de inicio de tratamiento.

En este caso, el paciente fue valorado en consultas externas de digestivo, y se inició corticoterapia con Dacortin® 0,75 mg/kg (60 mg) en monoterapia + Natecal D® + inhibidores de la bomba de protones.

Actualmente está pendiente de control analítico y, en función de la respuesta inicial, se valorará asociar Imurel® (azatioprina).

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MIREIA RIVERA GARCIA
RAQUEL GARCIA GARCIA
ALBA VALVERDE GARCIA

Contacte:
m.riveragarcia01@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7695

Doctora, vaig caure fa tres dies... i em fa molt mal

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

Motiu de consulta: home de 67 anys sense hàbits tòxics, amb antecedents de diabetis *mellitus* de tipus 2, dislipèmia i síndrome d'apnea-hipopnea del son, portador de pressió contínua positiva de les vies aèries (CPAP) nocturna. Consulta per dispnea i dolor costal de 3 dies d'evolució arran d'una caiguda accidental amb contusió a la regió costal esquerra.

Història clínica: el pacient va presentar caiguda accidental 3 dies abans de la consulta d'atenció primària i explicà contusió costal esquerra sobre taulons de fusta i "cargó" amb punta plana; tot seguit inicià dolor costal i dispnea als esforços moderats. En la valoració es troba hemodinàmicament estable amb tendència a la hipertensió, afebril i eupneic. En l'exploració física destaca ferida cutània arrodonida compatible amb l'impacte del "cargó" i hematoma perilesional. En l'auscultació respiratòria hipofonesia en dos terços de l'hemitòrax esquerre. SatO₂: 97%. Es deriva a urgències hospitalàries davant la sospita de complicacions. A urgències es realitza radiografia de tòrax i costal que mostra vessament pleural esquerre compatible amb probable hemotòrax i fractures costals. Anàliticament presenta signes indirectes de probable sagnat (hemoglobina 12, urea 58, bilirubina 1,2 a expenses de la indirecta) i augment dels reactants de fase aguda amb PCR 8, sense leucocitosi, secundària a procés inflamatori. Es realitza tomografia computada de tòrax que confirma fractures costals dels arcs 6è a 9è, vessament pleural esquerre i atelèctasi laminar en lòbul inferior dret sense objectivar contusió pulmonar. Es confirma hemotòrax secundari a contusió costal amb fractures costals i, donada l'estabilitat hemodinàmica, els dies d'evolució i l'alta probabilitat de trobar-se coagulat, es consensua no fer toracocentesi i s'ingressa a pneumologia per a evolució.

Conclusió: davant la presentació d'una contusió amb impacte rellevant cal realitzar unes bones anamnesi i exploració clínica per detectar possibles complicacions i adequar les proves complementàries.

MARÍA TERMES CODINA
ARIADNA MARTÍNEZ LÓPEZ
EVA XICOLA COROMINA

Contacte:
mariatermesmfic@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7696

Un excés de vitamines no saludable

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motius de consulta: dona de 61 anys, natural de Bolívia, consulta per anàlítica de control. És vegetariana i afegim determinació de vitamina B12.

Història clínica: antecedents personals: síndrome de Sjögren i Raynaud. Paraganglioma de bifurcació carotídia dreta. Anèmia normo-normo des de 2012.

Anamnesi: Restrenyiment crònic, no pren suplementes i no menja carn, però sí peix.

Exploració física: sense alteracions.

Proves complementàries: a l'anàlítica, anèmia normocítica-normocrònica, ferro baix i vitamina B12 elevada; proteinograma amb hipergammaglobulinèmia policlonal.

Judici clínic: hipervitaminosi B12, anèmia normo-normo secundària a trastorn crònic i baixa siderèmia.

Diagnòstic diferencial: aportació exògena, tumors sòlids (hepatocarcinoma, neoplàsia de mama, colon, pàncreas) i tumors hematològics.

Tractament: ferro endovenós amb augment discret de l'hemoglobina i del volum corpuscular mitjà.

Pla d'actuació: interconsulta a hematologia, que recomana revalorar a la recerca de signes o símptomes suggestius de neoplàsia. Després d'anamnesi, exploració física i proves complementàries (endoscòpia digestiva normal) no es va sospitar cap neoplàsia i es va derivar.

Evolució: va necessitar transfusió sanguínia i eritropoetina. En un primer moment es va sospitar d'una mielofibrosi, però finalment l'aspirat de medulla òssia va demostrar mieloma múltiple. Durant aquest període, la pacient va patir ITU de repetició i un herpes zòster, degut a la immunosupressió humoral, una dermatitis perioral granulomatosa indicativa de la mala utilització de la vitamina B12. Reunia criteris d'inclusió per a un assaig clínic i es va realitzar autotrasplantament.

Conclusions: a l'atenció primària la determinació de vitamina B12 es realitza davant la sospita de déficit. La hipervitaminosi B12, sense aportació externa representa un repte diagnòstic, ja que s'ha trobat present en diverses malalties (entre elles neoplàsies). El diagnòstic final de mieloma múltiple no va arribar fins a 32 mesos després de la primera detecció d'hipervitaminosi B12 i aquests pacients tenen de 4 a 18 vegades més risc de desenvolupar una neoplàsia hematològica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARÍA TERMES CODINA
JOAQUIM CARBONELL PEDRET
M^a ÀNGELES RÍOS RODRÍGUEZ

Contacte:
mariatermesmfic@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7697

Un final vasculític

Àmbit del cas: atenció primària.

Presentem dos casos amb presentacions clíniques diferents i un mateix final, que van requerir d'un diagnòstic diferencial ampli per part de la metgessa d'atenció primària.

Cas 1: motius de consulta: pacient home de 72 anys que consulta per quadre de pèrdua de pes, astènia i febrícula nocturna d'1 mes d'evolució.

Història clínica: exploració física: pal·lidesa cutaniomucosa, resta normal.

Proves complementàries: anàlítica amb hemoglobina 10,8, ferropènica, VSG 111 mm/s, PCR 132 mg/l i ferritina 1.518 ng/ml; colonoscòpia amb hemorroides i pòlip de colon (adenoma de baix grau); radiografia de tòrax normal.

Judici clínic: quadre tòxic i anèmia ferropènica a estudi.

Diagnòstic diferencial: neoplàsia digestiva (colon, pàncreas), neoplàsia pulmonar, tuberculosi pulmonar i limfoma.

Pla d'actuació: es va remetre a la unitat de diagnòstic ràpid per seguir l'estudi un cop descartades des d'atenció primària la tuberculosi i les neoplàsies pulmonar i de colon.

Evolució: diagnòstic d'arteritis de la temporal.

Cas 2: motius de consulta: dona de 87 anys amb antecedents d'hipoacúsia greu, distímia i glaucoma. Presenta un deteriorament funcional progressiu de 5 mesos d'evolució, sobretot marcat per anorèxia i pèrdua de pes important.

Història clínica: exploració física: IMC baix i edemes a les extremitats inferiors.

Proves complementàries: anàlítica inicial normal; es repeteix un mes després: PCR 149, VSG 78, leucocitosi amb neutrofilia. Radiografia de tòrax: infiltrats dubtosos, sense identificar-se un focus infecció que en pogués ser l'origen.

Judici clínic: quadre tòxic a estudi.

Diagnòstic diferencial: neoplàsia, malaltia pulmonar intersticial.

Pla d'actuació: ingrés programat a medicina interna per a estudi.

Evolució: diagnòstic d'arteritis de la temporal.

Conclusions: l'arteritis de la temporal és una vasculitis de gran vas que, com a símptoma guia, presenta cefalea resistent al tractament, però amb un ampli ventall d'altres símptomes. Suposa un repte per al metge de família arribar al diagnòstic final, ja que si no la busques no la trobes.

LUIS MANUEL SÁNCHEZ VALDEZ
MONTSERRAT PLANELLAS BOIX
ISABEL GONZÁLEZ RUIZ

Contacte:
dr_lsanchez@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7698

Miocarditis en paciente positivo de COVID-19

Àmbit: atención continuada.

Motivo de consulta: epigastralgia.

Enfoque individual: sin antecedentes personales de interés. Vacunado contra COVID-19.

Anamnesis: hombre de 31 años que acude a urgencias de atención primaria en la madrugada y refiere un cuadro de 2 días de evolución de epigastralgia opresiva, de predominio nocturno, irradiada al miembro superior izquierdo y asociada a náuseas sin vómitos ni otros síntomas de interés. Ha tomado un Almax[®] con escasa mejoría, sin poder dormir, por lo que decide acudir al centro para valoración.

Exploración física: destaca dolor a la palpación en epigastrio sin otras alteraciones.

Pruebas: se solicita electrocardiograma, que es normal. Análítica de sangre que muestra una elevación de CK 534 y enzimas de daño miocárdico (CK-MB 47,9, MYO 200, troponina I 16,4).

Juicio clínico: miopericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: mio o pericarditis viral o bacteriana, idiopática, secundaria a fármacos o tóxicos.

Plan de acción: en urgencias de atención primaria se mantiene hemodinámicamente estable con dolor de intensidad leve que no cede con analgesia. Dadas las alteraciones analíticas se deriva a urgencias del hospital para completar estudio.

En el hospital se solicita una nueva analítica, que confirma la elevación de CK 612 y TNI 711, un electrocardiograma, que sigue siendo normal, y una radiografía de tórax, donde se observa un corazón redondeado. Se comenta el caso con cardiología y se decide su ingreso en planta. Previamente se solicita una PCR para COVID-19 como protocolo y resulta positiva. Durante el ingreso se realiza una ecografía, que es normal y recibe tratamiento con ibuprofeno, con buena evolución y alta al tercer día de ingreso con persistencia de TNI elevada en meseta.

Conclusiones: en la miopericarditis se produce una inflamación del miopericardio por invasión directa de gérmenes, toxinas, mecanismo inmunológico, etc. Puede cursar con dolor torácico y elevación de CK y troponinas. Tratamiento sintomático y buena evolución.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA ARAGÓN BONACHERA
LAURA HARO INIESTA
SILVIA HUELIGAS FERNÁNDEZ

Contacte:
martaaragonbonachera@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7700

Un caso de fiebre de etiología autoinmune

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 53 años que acude a la consulta de atención primaria por malestar general, artralgias, mareos, náuseas, diarreas y picos febriles diarios (39 °C).

Antecedentes personales: anemia ferropénica y síndrome del túnel carpiano izquierdo.

Anamnesis: en el interrogatorio dirigido, la paciente refiere fiebre diaria de 38-39 °C, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias en manos, codos y rodilla, y rigidez articular matutina. Niega viajes recientes al extranjero.

Exploración: auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal; presencia de adenopatías laterocervicales.

Edema global en los dedos de ambas manos con dolor a la flexión. Signos de artritis en los dedos de ambas manos con dolor a la flexión y extremidades inferiores sin hallazgos.

La piel presenta exantema maculopapuloso, asalmonado, de predominio pretibial, en pecho y antebrazos.

Pruebas complementarias: en la analítica de sangre destacó elevación de la PCR y dímero D. Factor reumatoide y ANA negativo.

PCR SARS-CoV-2 negativo, sedimento de orina negativo, radiografía de tórax y abdomen normal, hemocultivo negativo y estudio del líquido cefalorraquídeo normal.

Tras realizar la anamnesis dirigida y la exploración física en atención primaria es derivada al hospital para estudio y manejo de los síntomas. Tras realizar diagnóstico diferencial con neoplasias hematológicas, vasculitis, otras enfermedades eritematosas y tras revisar los criterios de Yamaguchi, se establece un diagnóstico de exclusión de enfermedad de Still del adulto.

Se administraron corticoides y metotrexato y evoluciona favorablemente tras iniciar el tratamiento. Se explica la importancia de continuar con el tratamiento y con los controles con reumatología para mantenerse asintomática y evitar complicaciones.

Conclusión: es fundamental integrar la clínica y la exploración física para un mejor diagnóstico diferencial. A pesar de la inespecificidad de la enfermedad por no presentar una prueba diagnóstica específica, la anamnesis a la paciente nos aportó la mayor parte de la información necesaria para establecer el diagnóstico de su enfermedad.

YAO XIAO
MARÍA DEL MAR RUS FERNÁNDEZ

Contacte:
muxu123456789@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7701

Doctora, me duele el pecho después de la vacuna

Ámbitos: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: fiebre intermitente y dolor torácico tras la vacunación con Spikevax®.

Historia clínica: enfoque individual: antecedentes personales: alergia al ácido acetilsalicílico y a la penicilina. Rinitis alérgica. Hipotiroidismo. Anamnesis: mujer de 65 años que consulta por fiebre intermitente de hasta 38 °C con varios episodios semanales desde hace 3 semanas, tras serle administrada la 3.ª dosis de Spikevax. Se acompaña de dolor torácico de 1 semana de evolución que aumenta con inspiración profunda y mejora en anteverción. Exploración física: intolerancia al decúbito e hipofonesis en la base pulmonar izquierda en la auscultación.

Pruebas complementarias: electrocardiograma anodino; radiografía de tórax: cardiomegalia, pinzamiento del seno costofrénico izquierdo; analítica: destacan dímero D >20.000, elevación de la PCR con CK, troponinas y pro-BNP normales. Ante la sospecha clínica de pericarditis subaguda junto con elevación del dímero D, se decide el traslado a urgencias hospitalarias para descartar tromboembolismo pulmonar y completar el estudio. En el hospital se le realiza: a) Tomografía computarizada torácica: cardiomegalia con derrame pericárdico, derrame pleural izquierdo y atelectasia asociada. b) Ecocardiografía: derrame pericárdico. La paciente es valorada por cardiología. Se orienta como pleuropericarditis, posiblemente secundaria a la vacunación mencionada. Se cursa ingreso hospitalario para control sintomático y completar estudio. Enfoque familiar sin interés.

Juicio clínico: pleuropericarditis posiblemente tras la vacunación con 3.ª dosis de Spikevax®.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, neumotórax, infarto de miocardio u otros diagnósticos. Se descartan tras realizar hemocultivos, toracocentesis y estudio de autoinmunidad.

Tratamiento: a) Ibuprofeno con pauta descendente cada 2 semanas durante 6 semanas, de 600 mg/8 h, 600 mg/12 h, 600 mg/24 h, respectivamente. b) Colchimax® 0,5 mg/12 h, 3 meses.

Evolución: favorable. Se decide el alta al domicilio.

Conclusión: el dolor torácico es una consulta frecuente en atención primaria. Son importantes una anamnesis y una exploración física correctas para obtener un diagnóstico diferencial adecuado, y tener en cuenta los efectos adversos de prescripciones en general, incluidas las vacunas de la COVID-19, como en este caso.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CLÀUDIA DASCA ROMEU
IRENE BENTOLDRÀ BOLADERES
RABEE KAZAN

Contacte:
cdasca@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7702

Psoriasis guttata: quan sospitar-ne?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 18 anys que consulta per lesions cutànies de 2 mesos d'evolució.

Història clínica: pacient de 18 anys sense antecedents patològics coneguts. Nega al·lèrgies medicamentoses. Sense antecedents familiars de patologies autoimmunitàries.

Consulta per múltiples lesions cutànies a les extremitats superiors i al tòrax, de 2 mesos d'evolució. S'hi associa pruija. No refereix inici de tractament mèdic ni canvi en l'alimentació recent.

En l'exploració física presenta bon estat general. Constants conservades. L'auscultació cardiorespiratòria no mostra alteracions. A nivell dermatològic presenta múltiples pàpules d'uns 0,5 cm de diàmetre amb una base eritematosa, localitzades al tòrax i extremitats superiors. Respecten la cara, els palmells de les mans i els peus. Presenta signe d'Auspitz positiu. No presenta alteracions orofaríngees.

Judici clínic i diagnòstic diferencial: revisant la història clínica del pacient, observem que fa unes 3 setmanes va consultar a urgències per un quadre d'odinofàgia de 3 dies d'evolució, on presentava la faringe hiperèmica.

Sospitem inicialment de psoriasis en gota per l'antecedent del focus infecció de les vies respiratòries altes i per l'exploració física de les lesions que s'ha realitzat a la consulta. Es realitza interconsulta virtual amb dermatologia i s'adjunten les imatges de les lesions, amb el consentiment del pacient. Ens confirmen que són lesions molt suggestives de psoriasis en gota. El diagnòstic diferencial seria amb dermatitis seborreica, líquen simple crònic i pitiriasi rosada de Gibert.

Tractament: s'inicia tractament amb corticoide tòpic durant la nit a la zona de les lesions.

Evolució: molt bona resposta clínica en un mes.

Conclusions: és la segona forma de psoriasis més freqüent. Afecta més a joves, amb un quadre de faringoamigdalitis previ.

Són clau una bona exploració física i una revisió de la història clínica del pacient per resoldre eficaçment les consultes de lesions dermatològiques a la consulta d'atenció primària.

GLORIA BLANCAFORT SABATA
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ ÀLVAREZ
SANDRA ELSA PÉREZ CAMPO

Contacte:
blancafort@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7704

Esclerosi múltiple. Una llum a l'atenció primària

Àmbit: atenció primària i hospitalària.

Motiu de consulta: vertigen i ansietat.

Història clínica: home de 35 anys sense antecedents previs. Consulta per ansietat i vertigen de diverses setmanes. Posteriorment apareix inestabilitat i diplopia. Prèviament (2019) havia presentat parestèsies a hemitòrax i extremitat inferior dreta durant 1 mes. S'havia derivat a neurologia (no va anar-hi) i a urgències i es catalogà com a ansietat. Amb l'aparició de diplopia es decideix derivar de nou a urgències.

Exploració física: inicialment anodina amb vertigen paroxístic benigne i inestabilitat. Posteriorment, parèsia completa del VI parell cranial esquerre. Parèsia facial superior i inferior esquerra. Nistagme horitzontorotatori en la mirada cap a la dreta, que no s'esgota. Marxa amb augment de la base de sustentació de perfil atàxic, tàndem dificultós que requereix balanceig amb els braços.

Proves complementàries: ressonància magnètica cerebral amb múltiples lesions infra- i supratentorials d'aspecte desmielinitzant en diversos estadis evolutius, una d'elles protuberancial posterior esquerra, que es correlaciona amb el quadre clínic actual.

Judici clínic: esclerosi múltiple remitent recurrent.

Diagnòstic diferencial: ansietat, ictus.

Tractament i evolució: inicialment metilprednisolona i posteriorment dimetil fumarat. Roman estable sense brots; actualment no diplopia, inestabilitat postural fugaç.

Conclusions: l'esclerosi múltiple és una malaltia heterogènia amb manifestacions variades i ampla variabilitat interindividual, que se sol presentar en adult jove amb resolució almenys parcial. Com a clínica molt característica trobem: símptomes sensorials a les extremitats o a un costat de la cara, pèrdua visual, debilitat motora, diplopia, trastorns de la marxa i d'equilibri, signe de Lhermitte, vertigen, problemes de bufeta, atàxia de les extremitats, mielitis transversal aguda i dolor.

L'atenció primària és el primer esglaió al qual acudeixen els pacients amb esclerosi múltiple. Aquesta suposa un repte per al metge d'atenció primària, sobre tot en etapes inicials. Davant d'un pacient amb clínica sospitosa seria important tenir en compte l'esclerosi múltiple en el diagnòstic diferencial.

Consentiment atorgat pel pacient.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANNA PANISELLO TAFALLA
JORGINA LUCAS NOLL
MARÍA FERRER ALVADO
ROSA CABALLOL ANGELATS
LOUBNA YASSINI SIBARI
YOENIA RODRÍGUEZ CARRALERO

Contacte:
apanisellot.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7705

COVID-19 persistent. Visibilitat a l'atenció primària

Objectiu: conèixer i descriure la població afectada per la COVID-19 persistent en un servei d'atenció primària (AP).

Material i mètodes: estudi observacional descriptiu a AP.

Criteris de selecció: pacients amb diagnòstic de COVID-19 persistent a l'ECAP segons el CIM10MC (B94.8). Estudi de variables: edat, sexe, data de diagnòstic de la infecció per COVID-19; antecedents d'hipertensió arterial (HTA), diabetis *mellitus* de tipus 2, obesitat; ingrès per COVID-19; revisió de símptomes de durada superior a 4 setmanes des de la data del diagnòstic: fatiga, dispnea, tos, dolor toràctic, cefalea, alteracions neurocognitives, alteracions mentals, durada dels símptomes. Reinfeció per COVID-19 i seguiment dels símptomes.

Exclusió: s'han exclòs les seqüeles post-COVID.

Resultats: d'un total de 133 pacients, se n'han exclòs 29 per no complir criteris de COVID-19 persistent. Dels totals amb COVID-19 persistent, 33 són homes i 71 dones, amb una edat mitjana de 52 anys.

Presenten un IMC >30 el 9,5% dels pacients. Les dones amb COVID-19 persistent i diabetis representen el 4,2% enfront del 18,2% dels homes. Els homes amb COVID-19 persistent i HTA representen el 51,9% i el 48,1% són dones. La durada de la baixa va ser 103 dies sense diferències per gènere. Han estat ingressats el 26,2% (45% dels homes i el 17% de les dones), dels quals 16 han estat a la UCI (11 homes i 5 dones). El 75% dels homes amb un IMC >30 han estat ingressats. Els símptomes més prevalents són: fatiga (67% dones i 32% homes) i la dispnea (el 66,7% dones i el 33,33% dels homes).

Discussió: el codi diagnòstic no permet distingir seqüeles de COVID-19 persistent.

Conclusions: el perfil de la COVID-19 persistent és una dona de mitjana edat, amb símptomes més florits de COVID-19 persistent i amb menys ingressos que els homes.

Sols el 8% han presentat una reinfeció.

El registre de casos de COVID-19 persistent a l'ECAP al nostre servei d'AP està per sota de l'esperat.

GIANNINA VALDIVIA NIERI

Contacte:
giannivn8@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7711

Quiste de Tarlov en paciente con dolor perineal

Hombre de 51 años, sin antecedentes de importancia, salvo una hernia lumbar en L4-L5 intervenida en el 2016. Describe tres episodios en el último año, caracterizados por dolor intenso, de inicio brusco y punzante a nivel perineal, que se irradiaba a la región inguinal y suprapúbica, de 48 h de evolución y que se autolimitaban. En algún episodio se asoció disminución de fuerza en miembros inferiores. Niega traumatismos, fiebre, síntomas gastrointestinales y genitourinarios (incluidos los relacionados con el ámbito sexual).

Exploración física: destaca dolor a la rotación interna de cadera. Reflejo y sensibilidad anales dentro de la normalidad. Exploración neurológica, abdominal y genitourinaria normales.

Pruebas complementarias: radiografía lumbosacra y pélvica: se descartan lesiones óseas o compromiso articular que puedan explicar la clínica.

Resonancia magnética (RM): cambios posquirúrgicos, hernia discal pequeña L5-S1 que puede comprometer raíz S1 izquierda. Quiste de Tarlov a nivel de S2.

Electromiografía: estudio compatible con una radiculopatía motora S2 izquierda, con datos de denervación activa en el momento del estudio y sin pérdida de axones motores.

Orientación diagnóstica: quiste de Tarlov sintomático. Se decidió manejo conservador.

Diagnóstico diferencial: debe considerarse diagnóstico de exclusión. Es importante descartar patologías más prevalentes que expliquen la clínica. En este caso en particular interesa descartar hernias discales, neuralgia del pudendo y causas de coxalgias.

Comentario: los quistes de Tarlov o quistes perineurales son dilataciones meníngeas llenas de líquido cefalorraquídeo, más comúnmente hallados en la región sacra. Suelen ser asintomáticos (hallazgos incidentales en RM), pero cuando son sintomáticos, su sintomatología es muy variada. Se ha visto que existe correlación clínico-radiológica en un quinto de los casos. Se aconseja el uso del electromiograma como herramienta útil para terminar de filiar la sintomatología. El manejo, puede ser conservador o incluso requerir empleo de técnicas quirúrgicas más o menos invasivas, dependiendo de la sintomatología, el tamaño, la ubicación y la valoración riesgo-beneficio.

CONCEPCIÓN MUÑOZ RACERO
CARME SAPERAS PÉREZ
NURIA BARLAM TORRES
CONCEPCIÓN GARCÍA RODRÍGUEZ

Contacte:
saperascarme@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7715

Creación de una mesa de trabajo local para la prevención de la mutilación genital femenina

Objetivos: explicar el proceso de creación de la mesa local para el abordaje de la mutilación genital femenina (MGF).

Descripción: la prevención y el abordaje de la MGF no se puede realizar desde un solo ámbito, se tiene que hacer desde una perspectiva integral que contemple la prevención, atención, protección, recuperación y seguridad de las mujeres y niñas en riesgo. Se debe incidir en el trabajo en red, en la formación y la transversalidad, así como en la actualización continua en temas tanto médicos como legales.

En 2019 se creó un grupo de trabajo constituido por profesionales de atención primaria, pediatría, salud mental, ginecología, servicios municipales, educación y fuerzas del orden para redactar el Protocolo Local para el abordaje y la Prevención de la MGF, unificar criterios y crear circuitos de derivación. Este grupo tan heterogéneo y multidisciplinar fue clave para plasmar en el protocolo todas las visiones y recursos necesarios para el abordaje de la MGF. Una vez redactado y consensuado el protocolo se constituyó la mesa local. Inicialmente, se reunirá cada 6 meses, para el seguimiento de los casos, evaluar las acciones realizadas, y planificar formación y acciones de sensibilización en el municipio. Más adelante, se hará de forma anual y de forma extraordinaria si las circunstancias lo requieren.

Conclusiones: actualmente, hay más de 70 mesas locales en nuestra comunidad autónoma. Las mesas permiten tener una visión global sobre la MGF y trabajar conjuntamente todos los actores implicados. La creación de este tipo de recursos locales compartidos nos permite tener un mayor control de este problema y nos ayudará a buscar soluciones tratando cada caso de modo individual con todos los recursos disponibles y un equipo local interconectado trabajando conjuntamente.

Aplicabilidad: la creación de una mesa local para el abordaje de la MGF se puede replicar en cualquier municipio a través de los ayuntamientos.

CELIA LÓPEZ ARNAU
JÚLIA AGATA BARBERÀ VIALA

Contacte:
celia.loan96@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7716

Diagnòstic diferencial de l'eritema nodós. Síndrome de Löfgren

Àmbit del cas: multidisciplinari.

Motiu de consulta: poliartràlgia.

Història clínica: enfocament individual: pacient dona de 56 anys, sense antecedents d'interès, que acut a l'ambulatori per lumbàlgia i gonàlgia d'una setmana d'evolució, pel que s'inicia antiinflamatoris no esteroïdals. Una setmana després, reconsulta a urgències per empitjorament amb poliartràlgies i febre.

A l'exploració física destaca tumefacció i calor local de genolls, turmells, espalles i colzes; i lesions nodulars eritematoses i doloroses a la palpació, pretibials, suggestives d'eritema nodós (EN).

Ingressa a medicina interna per a estudi. Es realitza anàlítica de sang amb elevació de reactants de fase aguda i autoimmunitat amb serologies negatives; sediment d'orina, urocultiu, hemocultiu i líquid articular sense infecció; radiografia i tomografia computada de tòrax amb adenopaties hilars bilaterals sense afectació intersticial; PPD negatiu; biòpsia cutània amb EN.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

Davant un quadre d'EN cal fer un diagnòstic diferencial etiològic: infeccions (estreptococ, gastroenteritis, tuberculosi...), malalties sistèmiques (sarcoïdosi, MII...), fàrmacs, embaràs, malignitat. Donada la presència d'EN, febre, poliartritis i adenopaties hilars simètriques i l'exclusió d'altres causes, s'orienta el cas com a un síndrome de Löfgren. L'asimetria de les adenopaties orientaria a altres entitats com tuberculosi, limfoma o metastasi.

Tractament i plans d'actuació: prednisona oral i seguiment multidisciplinari.

Evolució: bona resposta al tractament amb resolució d'artràlgies i EN.

Conclusions: malgrat que la majoria d'EN són idiopàtics i autolimitats, des de la consulta d'atenció primària és necessari fer una bona anamnesi, exploració física i proves complementàries accessibles (anàlítica, PPD, avaluació estreptocòccica, radiografia de tòrax) que permetin descartar causes secundàries subjacents susceptibles de ser tractades. Davant un quadre subagut d'EN, poliartritis, febre i adenopaties hilars bilaterals, hem de pensar en un síndrome de Löfgren: la forma clínica de presentació de la sarcoïdosi més freqüent a Espanya. S'associa a un bon pronòstic i acostuma a autolimitar-se. Necessita tractament simptomàtic i seguiment conjunt hospitalarioambulatori.

CARLOS SEGOVIA ORTI
MARIA ÀNGELES ROMERO RUIZ
ISABEL GONZÁLEZ RUIZ

Contacte:
carlos.segovia133@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7717

Tumor del estroma gastrointestinal. La ecografia como fuente diagnóstica

Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, monorrena por nefrectomía derecha en tratamiento con antihipertensivos. Acude a consulta por cuadro de dolor de tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho (HD) de unas 3 semanas de evolución, acompañado de diarreas. En la exploración, abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio e HD. Signos de Blumberg y Murphy negativos. Se inicia estudio mediante analítica de sangre sin hallazgos patológicos y estudio de heces (coprocultivo y parásitos) negativos.

Para completar el estudio se solicita ecografía abdominal en el mismo centro de atención primaria: destaca hígado sin hallazgos patológicos, riñón derecho ausente e izquierdo con quistes sinusales. A nivel epigástrico, imagen hipoecogénica por encima de cabeza pancreática, nodular de 5,5 cm x 6,4 cm con Doppler negativo.

Tras los hallazgos ecográficos se solicita tomografía computarizada abdominal en la que se informa de masa epigástrica de 56 mm, que se muestra heterogénea, con áreas más hipercaptantes y otras áreas de menor densidad, centrales. Se encuentra en contacto con la pared gástrica antral y páncreas. Los hallazgos son sugestivos de lesión neoplásica, posiblemente de origen gástrico y crecimiento exofítico, sugestiva de tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

Se realiza de manera preferente derivación a unidad de diagnóstico rápido y se confirma tras gastroscopia y toma de biopsias que se trata de GIST de bajo grado. Se decide iniciar neoadyuvancia con imatinib.

Como conclusión del caso queremos destacar la importancia de realizar correctamente el estudio de cualquier patología que veamos en la consulta, ya que podemos llegar a realizar diagnósticos precoces. Como hemos podido ver en este caso, la ecografía se ha convertido en una herramienta principal para detectar esta tumoración en una fase precoz, con síntomas leves, que podría haber pasado desapercibida tras el estudio analítico y de heces sin hallazgos patológicos.

DANIELA MONTALVO BARRERA
NURIA BEGUER LARRUMBE
PATRICIA BENET RODRÍGUEZ
MONICA MULET BARBERA

Contacte:
dmontalvo.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7718

Podem venir a la mesquita?

Objectius: l'equip de salut comunitària proposa millorar la comunicació amb el col·lectiu magrebí per tal de:

1. Informar sobre mesures de prevenció, detecció i seguiment de pacients amb sospita, diagnòstic o contacte de COVID-19.
2. Incrementar cobertura vacunal de la COVID-19.
3. Establir lligams de relació.

Descripció: la pandèmia incrementa les desigualtats socials, de la mateixa manera que les desigualtats socials influeixen sobre l'afectació de la pandèmia.

Creences, valors, condicions laborals i d'habitatge, estructures familiars, comunicació i idioma determinen el manteniment de la salut.

Davant les restriccions de reunió per la pandèmia oferim sessions informatives en locals de culte religiós i aprofitem les convocatòries de culte.

Un membre del procés comunitari, usuari de la mesquita, fa d'enllaç i facilita dubtes i resistències del col·lectiu.

Realitzem una intervenció a la mesquita, en la qual:

- Expliquem els riscos de la COVID-19 i la importància de la vacunació, les diferents vacunes i els efectes secundaris, i els relacionem amb les dades del Marroc, el procediment per vacunar-se i el contacte amb els centres sanitaris.
- Ajudem a programar per a la vacunació i realitzem un llistat de les persones que només desitgen vacuna monodosi.
- El responsable de la mesquita continua elaborant un llistat amb persones que sol·liciten vacuna monodosi i es realitzen quatre jornades addicionals de vacunació.

Conclusions: apropant-nos a la comunitat, entrant a casa seva i respectant els seus valors i creences ens reconeixem i establim objectius comuns.

Hem conegut aquest col·lectiu i ells ens han conegut, com a persones i com a professionals que formem una comunitat. Hem assolit l'objectiu operatiu de la intervenció i hem obert una porta a seguir treballant junts.

Només treballant sobre les desigualtats podrem parlar de comunitat, d'equitat i de justícia.

Aplicabilitat: és possible (i convenient) aproximar-nos a la comunitat i als diferents grups que la formen, i realitzar intervencions específiques adaptades a llurs característiques.

ANDREA PRADOS MARTÍN
LLUÍS CUIXART COSTA
FRANCESC MORENO RIPOLL
MARTA RUIZ REVILLA
MARTA GARCÍA TORRES

Contacte:
andreapradosmartin@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7720

Diabètics durant la COVID-19. Ens vam oblidar d'ells?

Objectiu: analitzar el control de l'hemoglobina glicada (HbA1c) en pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) d'un centre d'atenció primària (CAP) urbà durant la pandèmia.

Pacients i mètodes: estudi observacional descriptiu, longitudinal retrospectiu a partir de la revisió d'històries clíniques en un CAP urbà. Es van incloure pacients amb DM2 prèvia al 2018. Es van seleccionar 150 pacients per mostreig aleatori simple, 5 van ser exclosos. Es va registrar informació de variables: edat, sexe, valor d'HbA1c del 2018 a 2021. Valor de l'HbA1c <8% fou considerat com un control adequat.

Resultats: N final = 145. Mitjana d'HbA1c: 6,82% (2018), 6,85% (2019), 6,84% (2020) i 6,92% (2021) (khi quadrat = 0,1; p=0,7). Any 2018: HbA1c <8%: 89,9%. Dones amb HbA1c <8%: 94,8% i homes, 85,7% (khi quadrat = 2,88; p=0,08). Segons l'edat mitjana, pacients amb HbA1c <8%: 73,53 anys, pacients amb HbA1c 8%: 71 anys (t de Student = -0,76; p= 0,44). Segons anys d'evolució de la DM2, pacients amb HbA1c <8%: 8,3 anys, pacients amb HbA1c 8%: 9,0 anys (t de Student = 0,43; p=0,66). Any 2019: HbA1c <8%: 85,1%. Dones amb HbA1c <8%: 84,3% i homes, 85,7% (khi quadrat = 0,04; p=0,83). Segons edat mitjana, pacients amb HbA1c <8%: 74,5 anys, pacients amb HbA1c 8%: 68,7 anys (t de Student = -2,12; p=0,03). Segons anys d'evolució de la DM2, pacients amb HbA1c <8%: 8,3 anys, pacients amb HbA1c 8%: 8,6 anys (t de Student = 0,21; p=0,8). Any 2020: HbA1c <8%: 86,2%. Dones amb HbA1c <8%: 85,4% i homes, 86,7% (khi quadrat = 0,04; p=0,8). Segons edat mitjana, pacients amb HbA1c <8%: 73,4 anys, pacients amb HbA1c 8%: 68,4 anys (t de Student = -1,7; p=0,09). Segons anys d'evolució de la DM2, pacients amb HbA1c <8%: 7,9 anys, pacients amb HbA1c 8%: 8,1 anys (t de Student = 0,15; p=0,8). Any 2021: HbA1c <8%: 82,6%. Dones amb HbA1c <8%: 81,8% i homes, 83,3% (khi quadrat = 0,04; p=0,8). Segons edat mitjana, pacients amb HbA1c <8%: 74 anys, pacients amb HbA1c 8%: 72,6 anys (t de Student = -0,52; p=0,6). Segons anys d'evolució de la DM2, pacients amb HbA1c <8%: 8,1 anys, pacients amb HbA1c 8%: 8,5 anys (t de Student = 0,37; p=0,7).

Conclusió: els pacients amb DM2 mostren un control adequat de l'HbA1c del 2018 al 2021, sense tendència significativa amb el pas del temps. Segons el sexe, les dones únicament mostren millor control el 2018, però mai amb significació estadística. Segons l'edat mitjana, els pacients més grans presenten millor control, amb significació estadística el 2019 i quasi significació estadística el 2020. Segons anys d'evolució de la DM2, mai s'observen diferències en el control de l'HbA1c, malgrat la pandèmia.

CEI: aprovació per la CI de la institució on es realitza.

FRANCISCO JAVIER MERLO GRAU
ROGER BARBA PADRÓS
FRANCISCO ANTONIO BLAZQUEZ CERRILLO

Contacte:
javier.merlo.g@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC_7723

Hallazgo casual en estudio de infecciones de orina de repetición

Mujer de 57 años, sin antecedentes de interés. Consulta por síndrome miccional. Recibe antibioticoterapia empírica. Posteriormente reconsulta por clínica miccional asociada a microhematuria. En urocultivo se observa *Escherichia coli* sensible a antibióticos, abundantes células de vías bajas y cristales de oxalato cálcico.

Exploración y pruebas complementarias: dolor a la palpación profunda del flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Tras el resultado del urocultivo se realiza ecografía del abdomen y se observa nódulo cortical hipoeoico y bien delimitado en el polo superior del riñón izquierdo. Completamos estudio con tomografía computada abdominal con contraste, que confirma tumoración sólida compatible con carcinoma de células claras o carcinoma papilar como primeras opciones diagnósticas.

Orientación diagnóstica: litiasis renal que estuviera contribuyendo a presentar infecciones de orina de repetición. Posteriormente y tras el resultado de ecografía, la sospecha diagnóstica era un tumor renal.

Diagnóstico diferencial: infecciones de orina de repetición, litiasis renal.

Conclusiones: el carcinoma de células renales (CCR) representa el 2-3% de las neoplasias malignas en el adulto, y es el más letal de los cánceres urológicos. Se presenta frecuentemente de forma esporádica y raras veces forma parte de un síndrome hereditario (5%).

El CCR de células claras es el más frecuente: 80% de los casos. El CCR papilar es el segundo subtipo más frecuente, representando el 15%.

El CCR se asocia a una gran variedad de signos y síntomas (hematuria, anemia o pérdida de peso), aunque muchos no experimentan síntomas hasta que la enfermedad se ha extendido a otros órganos. Con los nuevos métodos diagnósticos hasta un 40% de los pacientes se diagnostican de manera casual de un tumor renal cuando se realizan prueba de imagen por otras razones.

Las tasas de curación son altas. La implantación de equipos de ecografía en atención primaria puede ser una herramienta útil para el diagnóstico precoz de este tipo de tumores.

ANDREA PRADOS MARTÍN
LLUÍS CUIXART COSTA
FRANCESC MORENO RIPOLL

Contacte:
andreapradospmartin@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7724

La COVID-19 i el MIR. Hi ha compatibilitat?

Objectiu: avaluar la variació en la percepció dels MIR de medicina familiar i comunitària (MFIC) que han viscut la pandèmia de la COVID-19 en comparació amb aquells que no.

Pacients, mètodes: estudi observacional descriptiu transversal retrospectiu a partir d'enquestes anònimes a MIR de MFIC que finalitzaren la residència del 2018-2021. Es realitzaren 29 enquestes. Es registrà informació de variables: edat, sexe, lloc de la residència, unitat docent, formació rebuda puntuada de 0 (més negativa) a 10 (més positiva).

Resultats: N final = 29. Edat mitjana: 32,1 anys (desviació estàndard [DE]: 2,5; rang: 29-39); franges d'edat: 26-30 anys (31,03%), 31-35 anys (58,62%), 36-40 anys (10,34%); dones: 89,6%; província de residència: Barcelona (55,17%), Girona (37,93%), Tarragona (6,9%); unitats docents: UDACEBA (31,03%), ICS (58,62%), CAPSE (3,45%), SSIIBE (3,45%), Clínica-Maternitat (3,45%).

Situació laboral: treballant a l'atenció primària (AP; 82,76%), a urgències (13,79%) i altres (3,45%).

Comparació: 1. Qualitat de formació al centre d'AP: puntuació segons els MIR 2018-2019: 9; puntuació segons els MIR 2020-2021: 7,5; t de Student = -3,43; IC95%: -2,29 a -0,57 (coeficient B = -1,43; p=0,002). 2. Qualitat de formació hospitalària: puntuació segons els MIR 2018-2019: 7,9; puntuació segons els MIR 2020-2021: 6,6; t de Student=-3,07; IC95%: -2,1 a -0,4 (coeficient B = -1,29; p=0,005). 3. Qualitat de formació comunitària: puntuació segons els MIR 2018-2019: 6,6; puntuació segons els MIR 2020-2021: 5,4; t de Student=-1,76; IC95%: -2,71 a 0,21 (coeficient B = -1,25; p=0,09). 4. Qualitat de formació global: puntuació segons els MIR 2018-2019: 8,3; puntuació segons els MIR 2020-2021: 7,1; t de Student = -2,63; IC95%: -1,99 a -0,24 (coeficient B = -1,12; p=0,014). 5. Consideren insuficient la formació: puntuació segons els MIR 2018-2019: 8,4; puntuació segons els MIR 2020-2021: 6,3; t de Student=-3,08; IC95%: -3,4 a -0,6 (coeficient B = -2,08; p=0,0047). 6. Formació influïda per la COVID-19: puntuació segons els MIR 2018-2019: 0,6; puntuació segons els MIR 2020-2021: 7,3; t de Student = 7,18; IC95%: 4,7 a 8,6 (coeficient B = 6,69; p<0,0001). 7. Formació diferent per la pandèmia: puntuació segons els MIR 2018-2019: 7,07; puntuació segons els MIR 2020-2021: 7,6; t de Student = 0,61; IC95%: -1,4 a 2,6 (coeficient B = 0,61; p=0,5). 8. Es van sentir preparats i preparades laboralment: puntuació segons els MIR 2018-2019: 7,4; puntuació segons els MIR 2020-2021: 7,1; t de Student = -0,84; IC95%: -1,15 a 0,4 (coeficient B = -0,33; p=0,4). 9. Sobrecàrrega rebuda: puntuació segons els MIR 2018-2019: 8,3; puntuació segons els MIR 2020-2021: 9,3; t de Student = 2,39; IC95%: 0,14 a 1,8 (coeficient B=1; p=0,024). 10. Impacte emocional: puntuació segons els MIR 2018-2019: 8,3; puntuació segons els MIR 2020-2021: 9,3; t de Student = 2,2; IC95%: 0,06 a 1,7 (coeficient B = 0,9; p=0,037). 11. Ampliarien la seva formació: puntuació segons els MIR 2018-2019: 6,6; puntuació segons els MIR 2020-2021: 5,6; t de Student = -0,9; IC95%: -3,4 a 1,2 (coeficient B = -1,06; p=0,3).

Conclusió: els MIR de 2020-2021, en comparació amb els MIR de 2018-2019, han percebut la seva formació com a molt influïda per la pandèmia, en aspectes de formació al CAP, hospitalaris, global, amb major impacte emocional i sobrecàrrega, i l'han considerada més insuficient, però sense necessitat d'ampliar-la, sentint-se igualment preparats i preparades laboralment.

CEI: aprovació per la CI de la institució on es realitza.

FRANCESC ALÒS COLOMER
ANDREA MARTINEZ MARTÍNEZ
LAURA SALA ALAMILLO
AMALUR MATEO BARANDIARAN
YOSEBA CÁNOVAS ZALDÚA
ANNA PUIG RIBERA

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7725

Experiència amb pacients amb diabetis mellitus de tipus 2 de prescripció d'un programa pilot mHealth per augmentar l'activitat física i reduir el comportament sedentari des d'atenció primària

Objectiu: avaluar l'experiència dels pacients amb diabetis mellitus de tipus 2 (DM2) en l'ús de l'aplicació mòbil Walk@WorkApp prescrita pel seu metge/essa i infermer/a de família amb l'objectiu de fomentar l'activitat física i reduir el comportament sedentari.

Descripció: els professionals sanitaris d'un centre d'atenció primària (CAP) van receptor un programa mHealth a pacients amb DM2 amb treballs d'oficina (feines sedentàries). El programa web i mòbil automatitzat pretenia reemplaçar tasques laborals sedentàries per actives. A través del registre a temps real dels patrons d'activitat en horari laboral oferia estratègies, assessorament i seguiment personalitzat.

Metodologia: qüestionari en línia d'usabilitat als pacients participants en el programa pilot mHealth, entre febrer i juny de 2021. Es va realitzar un anàlisi descriptiu de les variables del qüestionari. CEI: aprovat per l'IDIAP Jordi Gol.

Resultats: es va realitzar una avaluació inicial i una al cap de 12 setmanes de l'ús de l'aplicació mòbil. Van participar un total de 38 pacients participants en un centre d'atenció primària (CAP) amb una mitjana d'edat de 58 anys, la majoria amb estudis superiors. Les funcionalitats i el contingut van ser ben valorats. Van qualificar el programa d'excel·lent en l'escala d'usabilitat. Els aspectes que van valorar amb pitjor puntuació van ser els tècnics (consum de bateria, errors del sensor *wearable*).

Conclusió: l'aplicació mòbil Walk@WorkApp presenta una bona valoració pels potencials usuaris.

Aplicabilitat: és necessari avaluar l'efectivitat i usabilitat dels programes mHealth a les consultes d'atenció primària. Els professionals d'atenció primària disposarien d'una eina efectiva, factible i de baix cost (de cost eficient) per al control del pacient amb patologia crònica. Així mateix, l'atenció primària és un àmbit idoni per implementar programes mHealth per promoure estils de vida saludable donades l'accessibilitat, integritat i la longitudinalitat que la caracteritza.

Finançament: Instituto de Investigación Carlos III/FEDER. Modalidad proyectos de investigación en salud (AES 2017). Expediente nº PI17/01788 (2018-2021).

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MAR LLOBET ESTEBAN
NURIA MORLANS SÁNCHEZ
ALICIA ARES VILAR

Contacte:
mar.llobet@outlook.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7726

Hidrosadenitis supurativa, un diagnòstic a tenir en compte

Dona de 59 anys que consulta a atenció primària per abscess a zona vulvar.

Antecedents personals: diabetis *mellitus* (metformina), obesitat, ansietat.

Acudeix a consulta per abscess al costat dret de la zona vulvar. Presenta dolor intens que interfereix en la seva vida diària. La pacient refereix que des de l'adolescència ha presentat abscessos, furúncols i nòduls. Ha consultat en múltiples ocasions per aquest motiu.

A l'exploració física, s'observa un abscess a la zona vulvar dreta. També s'observen múltiples cicatrius queloides "en pont" o "en corda" a la zona inguinogenital i axil-lar.

Davant de la lesió de la pacient ens plantegem el següent diagnòstic diferencial: fol·liculitis, furúncols i abscessos simples, erisipeles i cel·lulitis, manifestacions de la malaltia de Crohn cutània, neoplàsies benignes o malignes, limfogranuloma veneri i actinomicosi o escrofulodèmia.

S'orienta el cas com una hidrosadenitis supurativa (HS), una malaltia inflamatòria crònica que cursa amb brots d'intensitat variable, caracteritzada per la presència de furúncols, nòduls dolorosos o abscessos que afecten predominantment a zones intertriginoses corporals, sobretot a axil·les, engonals i zona anogenital.

El tractament recomanat pel predomini d'abscessos és clindamicina tòpica + tetraciclina 500 mg/12 h o doxiciclina 100 mg/24 h durant 3 mesos.

Després de 40 anys de múltiples consultes i tractaments, la pacient és diagnosticada d'HS i és correctament tractada amb antibiòtic durant 3 mesos. L'HS de la pacient adopta un curs benigne intermitent, amb manifestacions més lleus.

L'HS té una prevalença mundial de l'1%, però només un 23% estan correctament diagnosticats i triguen una mitjana de 10 anys a ser correctament diagnosticats. A més, és una patologia amb un gran impacte psicossocial; s'associa a depressió, frustració, aïllament social i dificultat per relacionar-se. El metge de família desenvolupa un paper fonamental en el diagnòstic precoç, tractament i comorbiditats que se'n puguin derivar i, per tant, ha de conèixer aquesta malaltia i el seu maneig.

ROBERT PANADÉS ZAFRA
ISABEL CABALLERO HUMET
CARLOS VÁSQUEZ MEDINA

Contacte:
rpanades.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7728

El que el tremolor amaga

Àmbit del cas: atenció primària rural, farmacèutica de primària i neurologia.

Motius de consulta: "La mare de 90 anys la veig diferent".

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: hematoma subdural frontoparietal esquerre crònic, hipertensió arterial (enalapril 20 mg/24 h), hipercolesterolèmia (simvastatina 10 mg/24 h), probable Alzheimer (donepezil 10 mg/24 h), fractura per osteoporosi (calcicarbonat amb colecalciferol 600 mg/2.000 UI/24 h), hipotiroidisme primari amb goll multinodular (levotiroxina 50 mcg/24 h), artrosi (paracetamol 1 g si cal), insomni (lorazepam 0,5 mg/24 h), incontinència urinària, hipoacúsia bilateral, dispèpsia funcional (levosulpirida si cal). Al·lèrgia a amides.

Anamnesi: presenta tremolors a ambdues mans, sobretot a la dreta, bradipsíquia, bradicinèsia i algun ennuigament, fa un mes inicià donepezil prescrit per neurologia. Autoritza per escrit la gravació de vídeo per a la difusió a congressos.

Exploració: hipomímia, bradipsíquia, tremolor de repòs als llavis i ambdues mans, sobretot la dreta, balanceig de braços al caminar abolit, no altres signes. Anàlisi sense alteracions significatives.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

Parkinsonisme secundari (?). Parkinsonismes secundaris: induïts per fàrmacs, tòxics, postencefalitis, posttraumàtics, vasculars, tumorals, hidrocefàlia, malalties metabòliques i prioniques.

Tractament i plans d'actuació: es va consultar amb farmacèutica de l'equip, recomana retirada lenta del donepezil.

Evolució: al mes de la retirada de donepezil, la pacient millora la hipomímia, desapareixen la bradipsíquia, la bradicinèsia i el tremolor de llavis, persisteix el tremolor a les mans, fet pel qual retirem levosulpirida, amb discreta millora. Consultem en línia a neurologia, que conclou que pot presentar un exacerbació d'extrapiramidisme induït per fàrmacs i probablement un Parkinsonisme incipient de base.

Conclusions: el donepezil és un inhibidor de la colinesterasa i la levosulpirida és l'isòmer *levo* de la sulpirida; ambdós descriuen a fitxa tècnica efectes adversos extrapiramidals rarament ($=1/10.000$ a $<1/1.000$) o molt rarament ($<1/10.000$), consecutivament. Davant símptomes nous, l'especialista en medicina de família ha de valorar sempre dins el diagnòstic diferencial la reacció adversa medicamentosa, sobretot en població anciana.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARIONA MOLINA CALLE
MARTINA AGUSTÍ TURON
RAQUEL SCHULZ MESTRE
IRIS FORCADA PARRILLA

Contacte:
mariona.molina.7@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7729

La nova normalitat de la deshabitació tabàquica a un centre d'atenció primària

Objectius: des de l'inici de la pandèmia, ens hem vist obligats a canviar la modalitat de les visites de l'atenció primària. Tenint en compte que la deshabitació tabàquica és un procés difícil que requereix del suport dels professionals, s'ha adaptat el seguiment al format telefònic.

Descripció: el consum de tabac és una problemàtica que veiem diàriament a les consultes. El paper dels professionals és la prevenció i oferir recursos per promoure la deshabitació. El Programa Atenció Primària Sense Fum (PAPSF) és una iniciativa que dona suport a la consecució d'aquests objectius.

Després de gairebé dos anys adaptant el PAPSF podem explicar l'experiència dels professionals i els usuaris que l'han seguit. El pla seguit pels professionals, basat en el model de Prochaska i Di Clemente, ha estat: una primera visita presencial, realitzant anamnesi del consum, explicant el PAPSF, coadjuvants farmacològics i substitutius, i determinant el dia D; una segona visita presencial, la setmana anterior al dia D, per repassar el dossier del PAPSF que l'usuari haurà treballat i reforçar la reducció progressiva del consum; el primer seguiment telefònic, la setmana del dia D, amb l'objectiu de realitzar reforç positiu i oferir recursos per evitar recaigudes; seguiment que es repeteix 15 dies després, al cap d'1 mes, de 2 mesos i de 6 mesos, adaptant-se a les necessitats de l'usuari.

Conclusions: aquesta adaptació del programa ha permès seguir oferint recolzament als usuaris en el procés difícil de la deshabitació. Usuaris i professionals coincideixen en el fet que es facilita el procés, donat que el feedback és constant i això permet oferir recursos per aquelles a situacions que poden convertir-se en recaigudes i, així, evitar-les.

Aplicabilitat: en la majoria de deshabitacions l'usuari recau en el consum. Sembla ser que el seguiment telefònic influeix directament en el manteniment de la cessió del consum. El recolzament que rep l'usuari evita recaigudes.

EVA MUÑOZ MATA
EULÀLIA BORRELL THIÓ
ANTÍA FRAGA FRAGA
NATÀLIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Contacte:
emunoz.bnm.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7732

La força d'un equip docent en recerca

Objectiu: a partir d'una necessitat clínica (identificar els pacients no tractats amb la infecció pel virus C) i una oportunitat de recerca (presentar una activitat científica al 28è congrés de la CAMFiC) es creà un grup de treball al nostre centre docent. Malgrat les dificultats per fer recerca a l'atenció primària i la situació epidemiològica actual és d'admirar l'esforç d'aquest grup. És per això que ens interessa conèixer com han viscut aquesta experiència des del punt de vista docent.

Descripció de l'experiència: davant la necessitat clínica s'incentiva els professionals de dos equips d'atenció primària a participar en un projecte. Es crea un grup de 15 facultatius: 8 metges de família (3 són tutors) i 7 residents de la mateixa especialitat (2 R4, 1 R3, 3 R2 i 1 R1). Es distribueixen les tasques pròpies del treball d'investigació. Durant el procés es comuniquen de forma presencial i telemàtica. Finalment presenten 3 activitats científiques amb resultats. Paral·lelament, es dissenya una enquesta que s'envia als membres, per conèixer la seva motivació per participar, l'aprenentatge clínic i en recerca que han percebut, i les fortaleces i debilitats detectades durant el treball en equip.

Conclusions: la majoria dels professionals han expressat que han après durant el procés, valoren de forma positiva el treball en el grup i recomanarien la participació. També han aportat les dificultats i reflexions, que poden ser útils per dissenyar estratègies de millora futures.

Aplicabilitat: en un centre docent, la motivació dels professionals envers l'aprenentatge i la capacitat de treball en equip són pilars necessaris per a la formació. L'impuls i l'experiència per part d'alguns professionals de l'equip a fer recerca faciliten la participació. Potenciar les capacitats i habilitats dels membres del grup ajuda a aconseguir els objectius.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FRANCESC ALÒS COLOMER
YOSEBA CÁNOVAS ZALDÚA
JOSÉ LUÍS DEL VAL GARCÍA
VICTORIA FEJÓO RODRÍGUEZ
ANDREA SÁNCHEZ CALLEJAS
M. ÀNGELS COLOMER CUGAT

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7733

¿Puede la vacuna antigripal proteger de la infección por COVID-19?

Objetivo: conocer la asociación entre la vacuna antigripal y el riesgo de infección por COVID-19 en aquellos pacientes en los que está recomendada la vacuna antigripal.

Material y métodos: datos: 434.736 pacientes con riesgo de complicación grave de la gripe a quienes se les recomendó la vacunación antigripal en la campaña de vacunación 2020-2021 en un centro de atención primaria de Catalunya.

La información procede de los registros de la historia clínica informatizada de los pacientes, relacionada con vacunación antigripal y con el diagnóstico de infección por COVID-19. Los datos se almacenaron en una base de datos con seudónimos que contiene edad, sexo, factor de riesgo para vacunación antigripal, si la ha recibido y si ha sufrido la infección por COVID-19.

Análisis estadístico: se realiza un estudio descriptivo para estimar la proporción de personas con infección COVID-19 que estaban vacunadas de la influenza. Para estudiar si estas diferencias son estadísticamente significativas se realiza una prueba de proporciones. Se ha realizado un test unilateral.

Resultados: de media, las personas con infección por la COVID-19 representaron el 4,06% de los vacunados de la gripe y el 4,44% de los no vacunados. A nivel global, el porcentaje de personas con infección por COVID-19 es superior en las personas no vacunadas de la influenza y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$), pero no clínicamente.

Conclusiones: se ha observado una reducción del riesgo de infección por COVID-19 en el caso de pacientes con enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, enfermedad renal crónica y con diabetes. Estos cuatro factores de riesgo suponen más del 80% del total de la población de riesgo. La reducción del riesgo de COVID-19 en estos grupos de pacientes es importante porque son pacientes con mayor riesgo de mortalidad por infección COVID-19.

BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM
JANINA ARBAT MARSAL
ALICIA ARES VILAR
IRENE PRAT GÓMEZ

Contacte:
busi.aya@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC_7737

Experiència en la vacunació contra la COVID-19

L'objectiu de l'experiència és explicar el que es va viure amb la vacunació massiva des dels punts centralitzats i les diverses estratègies que es realitzaven.

Al llarg d'aquests últims anys, el personal sanitari hem hagut d'adaptar-nos a diversos canvis per poder fer front a la crisi sanitària. Des de la manca de material fins a fer vacunacions massives de la població.

Ens hem adaptat segons la necessitat del moment, hem doblat torns i hem fet el màxim que el nostre cos ens ha permès.

La meua experiència des de l'àmbit de l'atenció primària, com a infermera, passa per moltes fases, però em centraré en la vacunació massiva que es va iniciar el 27 de desembre del 2020.

Ens van formar de manera telemàtica sobre com havíem de preparar les vacunes, com s'havia de fer el registre i a quin col·lectiu es vacunaria. Tota una nova etapa i ningú de nosaltres sabia cap a on aniríem, però teníem clar que faltaven mans per poder fer front a la COVID-19.

Hem doblat torns, dia rere dia; em coincidí amb companys d'altres hospitals tant públics com privats, tant d'atenció primària, com mútues, de clíniques... tots amb l'objectiu d'ajudar i immunitzar tota la població.

Aquí és on comença un gran equip i una experiència inoblidable i que difícilment tornarà a passar.

Sortíem de treballar i anàvem a vacunar a punts de vacunació massiva, geriàtrics, universitats... tots amb el mateix objectiu, VACUNAR A TOTA LA POBLACIÓ que li pertocava: no podíem avançar una vacuna a algú a qui encara no estava autoritzat vacunar i això feia que busquessin a les persones vacunables sota les pedres si era necessari.

Conclusió: treballar en equip millora el rendibilitat i l'objectiu proposat.

Aplicabilitat: portar estratègies de millora de salut és possible si es treballa amb el mateix objectiu.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SANDRA ROCHA REY
MIHAI SERBU
JOSÉ MIGUEL VILLAR MARQUÉS

Contacte:
srocharey@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7738

Autogestió: el camí a seguir. Un any d'experiència

L'autogestió és un model de treball amb pocs precedents a l'atenció primària.

Des de fa 1 any, la nostra àrea bàsica ha iniciat aquest camí per enfortir l'equip i com a oportunitat per a la transformació i motivació col·lectiva i s'ha assumit la gestió de l'àrea amb els recursos disponibles. Es basa en la implicació de tots els professionals en la presa de decisions.

Objectius: millorar l'accessibilitat i satisfacció de la ciutadania vers els serveis de salut. Optimitzar els processos i circuits interns. Enfortir les capacitats dels professionals (administració, infermeria, metges/esses i TCAI). Potenciar el treball en equip, la coordinació, l'autonomia, la flexibilitat i el bon clima laboral.

Descripció de l'experiència: l'equip professional de l'àrea bàsica participa activament en el funcionament, gestió i presa de decisions dins dels límits acordats amb l'entitat, i disposa de major flexibilitat i autonomia amb l'objectiu de millorar la gestió de persones i recursos, i reforçar el treball en equip.

Entre les activitats dutes a terme gràcies al nou model destaquem:

- Creació de la unitat bàsica assistencial a 3 (metge/essa-infermer/a-administratiu/va) que optimitza les tasques dels professionals i permet un millor coneixement dels usuaris.
- Gestió de la demanda per part d'admissions.
- Potenciació de la figura d'infermeria: creació de protocols de demanda i implicació en el seguiment de pacients crònics.
- Major resolució en consultes mèdiques, augment d'activitats complementaries i referents d'àrees determinades.
- Gestió de la pandèmia: facilitat d'adaptació, rapidesa i consens, disminució de la pressió assistencial i millora de la cohesió de l'equip.

Conclusió: els resultats percebuts han estat plenament satisfactoris: millora l'accessibilitat, l'assoliment d'objectius i la capacitat de resolució, així com l'ambient laboral. Estem pendents de l'enquesta de satisfacció dels usuaris.

Aplicabilitat: creiem que l'autogestió és una forma de treball eficient, que aporta millores per als usuaris i professionals, potencia una atenció primària d'excel·lència i és un model a expandir a altres àrees de salut en el futur.

CONSOL SÁNCHEZ COLLADO
ÀNGELS PELLICER JACOMET
CAROLINA CALERO BLAZQUEZ
QUIONIA VILLAR LÁZARO

Contacte:
csanchez.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7740

WhatsApp com a eina d'ajut a la prescripció

Objectiu de l'experiència: crear un grup de WhatsApp de consultes com a eina d'ajut a la prescripció, que esdevé un element de seguretat per al pacient i una eina d'aprenentatge.

Descripció de l'experiència: en una direcció d'atenció primària (AP) que consta de 10 equips d'AP es va crear el 2014 un grup de WhatsApp, constituït actualment per 144 membres (metges de família, pediatres i una farmacèutica). En aquest xat s'exposen dubtes i problemes relacionats amb tractaments farmacològics dels professionals en el dia a dia. Les consultes poden ser casos clínics, efectes adversos, canvis de tractament o problemes de subministrament. Tot i que les respostes les acostumen a aportar els diferents components del grup, és habitualment la farmacèutica qui elabora la resposta, l'argumenta amb documentació i referències que solen ser enviades al xat amb gran rapidesa. Els dubtes d'uns són útils per a la resta per aprofundir en temes que no ens afecten en aquell moment, però que en un altra ocasió podem necessitar. La resposta queda emmagatzemada en el xat i és fàcil fer una cerca amb paraules clau per recuperar respostes. La qualitat de les respostes depèn del professional responsable i és imprescindible perquè aquesta experiència resulti una eina d'aprenentatge continuada.

Conclusions: els professionals tenen en pocs minuts respostes als seus dubtes sobre prescripció, de forma ràpida i ben documentada i es contribueix d'aquesta manera a la prescripció farmacèutica de qualitat i segura pel pacient.

Aplicabilitat: l'aplicabilitat és immediata en les altres zones que ho vulguin aplicar, només es necessita un especialista de medicaments que sigui el responsable del xat i els companys que sol·liciten informació.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ÀNGELS PELLICER JACOMET
CONSOL SÁNCHEZ COLLADO
LORENA DÍAZ ECHEZARRETA
ELENA SORIANO SUÁREZ
SERGI CAMPOS FAJARDO
MARIA ROSA VILA PUJOL

Contacte:
apellicer.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7742

Satisfacció dels usuaris d'un grup de WhatsApp de consultes farmacoterapèutiques

Objectiu: avaluar la satisfacció dels usuaris d'un grup de WhatsApp per a la resolució de consultes farmacoterapèutiques.

Descripció: s'ha realitzat una enquesta a 140 metges de 10 equips d'atenció primària que són membres del grup, amb la finalitat de conèixer-ne l'opinió i la seva satisfacció.

L'enquesta, realitzada mitjançant Google Drive, indaga sobre la qualitat de les respostes, rapidesa, la utilitat per a la pràctica clínica i l'interès de les consultes d'altres professionals (escala de puntuacions d'1 a 10). També consta de tres preguntes obertes dirigides per conèixer allò que agrada més i el que menys del servei, i suggeriments de millora.

L'enquesta s'ha enviat al grup.

Resultats: s'han obtingut 82 respostes; el 69,5% de dones, amb una edat mitjana de 48,3 anys (desviació estàndard [DE] = 9,6). Les respostes representen el 58,6% dels membres del grup (82 de 140).

La puntuació mitjana de la qualitat de les respostes és de 9,46 (DE = 0,7).

La puntuació mitjana de la utilitat de les respostes és de 9,5 (DE = 0,7).

El grau de satisfacció a la rapidesa de les respostes té una puntuació mitjana de 9,48 (DE = 0,7).

La puntuació mitjana sobre la utilitat de la informació proporcionada al grup per a la pràctica clínica és de 9,46 (DE = 0,7).

La pregunta "segueixes les consultes de la resta de companys?" té una puntuació mitjana de 8,35 (DE = 1,4).

Sobre allò que més agrada del servei, les respostes valoren la qualitat, practicitat i la rapidesa, i allò que menys és que es poden acumular missatges.

Conclusions: la satisfacció dels usuaris del grup és molt elevada. El grup permet que tots els professionals puguin aprendre dels dubtes dels companys. El més valorat és la qualitat, la practicitat i la rapidesa de les respostes.

PATRICIA GONZÁLEZ ABAD
MELISSA PÉREZ OLAZO
LAIA VIÑAS TERRIS
NATALIA BALOT FERNÁNDEZ
ARANTXA MALLOU CEA
SILVIA REIG MAJORAL

Contacte:
patriglezabad@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7743

Eosinofília en pacients procedents de països endèmics. Pensem en l'esquistosomiasi urinària?

L'esquistosomiasi és una de les parasitosis tropicals més prevalents i afecta més de 240 milions de persones. L'esquistosomiasi urinària (EU) és la forma amb més prevalença. La hematúria és el signe clínic predominant. Es diagnostica identificant els ous del paràsit a l'orina. La principal causa d'eosinofília entre els immigrants que arriben a Espanya és l'EU.

Objectiu: descriure l'actuació dels metges de família d'un equip d'atenció primària (EAP) davant de pacients amb eosinofília procedents de zones endèmiques d'EU.

Metodologia: estudi observacional descriptiu de qualitat assistencial mitjançant una auditoria d'històries clíniques. S'han inclòs pacients majors de 15 anys, visitats a l'àrea bàsica de salut (ABS) de referència amb eosinofília superior al 7% i més de 500 eosinòfils/ μ l, originaris de països endèmics d'EU.

Resultats: 125 pacients. Edat mitjana de 40,7 anys; homes 87, 2%; països d'origen: Gàmbia 52, 8%, Senegal 38, 4%, Mali 7, 2% i Nigèria 1, 6%. L'eosinofília mitjana fou de 903 eosinòfils/ μ l i 14,32%. 114 pacients han estat visitats almenys en 3 ocasions després de la detecció de l'eosinofília. Diagnòstic registrat d'eosinofília, 14,04%; se sol·licita paràsits en orina, 10,53%, i paràsits en femta, 14,91%; es realitza algun estudi de paràsits en orina o femta, 16,67%, i se sol·liciten tots dos, 8,77%; en algun moment s'ha fet tira d'orina, 50, 8%, amb diferències significatives segons el país de procedència: Mali 100%, Gàmbia 50%, Senegal 46,7% i Nigèria 0% ($p = 0,027$). Es detecta hematúria en un 12,39%.

Només un 4,39% són diagnosticats d'EU i un 5,26% ho són d'altres parasitosis.

Conclusions: es realitza un pobre cribatge d'EU a l'ABS de referència: és necessari augmentar la formació dels professionals per a la millora de l'atenció d'aquests pacients. S'haurien de realitzar estudis a nivell global per valorar si aquest fet es repeteix en altres EAP.

MISSIA TORRADO I BLASCO
JUDIT HORNA VELÁZQUEZ
SERGIO CHIMENO SÁNCHEZ

Contacte:
missiatorrado27@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7744

Trombosi venosa a extremitat superior

Home de 81 anys amb síndrome metabòlica, malaltia renal crònica, portador de marcapàs i neoplàsia prostàtica, tractada i lliure de malaltia.

Acut a urgències d'AP per augment de mida del braç esquerre i prominència de la circulació de la zona des de fa 15 dies. No impotència funcional, afectació d'altres extremitats, síndrome tòxica ni dispnea. Presenta augment del diàmetre de l'extremitat superior esquerra versus la contralateral, eritema, circulació colateral prominent en la zona proximal de l'extremitat, dolor a la palpació, induració, empastament i pòlsos perifèrics simètrics. La resta de l'exploració és anodina.

Se sospita trombosi venosa subaguda i es deriva urgentment al centre hospitalari de referència. Anàlíticament presenta dímer D 866 mg/l i, per alta probabilitat pretest, es realitza una ecografia que mostra venes jugular, subclàvia, axil·lar i humeral no compressibles ni permeables. Es diagnostica trombosi venosa profunda i s'inicia heparina de baix pes ajustada al pes, que posteriorment es modifica a acenocumarol.

S'orienta com a trombosi venosa profunda (TVP) possiblement paraneoplàstica, donat l'antecedent de neoplàsia prostàtica. L'estudi de filiació objectiva un nòdul hipodens hepàtic en els segments V-VII amb discreta captació de contrast portal a la tomografia computada (TAC) d'abdomen. No es pot descartar la seva malignitat a la tomografia per emissió de positrons (PET-TAC) en què no s'evidencia activitat metabòlica. L'estudi amb marcadors tumorals, ecografia renovesicoprostàtica i TAC de pelvis entra dins de la normalitat.

Donat que porta marcapassos no es pot realitzar ressonància magnètica per completar l'estudi, pel que es decideix TAC abdominal al cap de 3 mesos, actualment encara no realitzada.

Es tracta d'una TVP de localització poc freqüent detectada en atenció primària. Malgrat la regla de "el més freqüent és el més probable", aquest cas demostra que cal estar atents als signes d'alarma sense desestimar-los per improbabilitat. També cal destacar que el diagnòstic ecogràfic es podria haver realitzat ambulatoriament si es disposés dels recursos necessaris per oferir una atenció completa a la població.

FRANCESC XACIER CANTERO GÓMEZ
SUSANA NOGUÉS ALBIÑANA
CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
XÈNIA VILARDELL ALONSO

Contacte:
xaviercantero Gomez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7745

Aprenent sobre l'eutanàsia

Objectius: principal: ajudar a implementar la Llei Orgànica de Regulació de l'Eutanàsia (LORE) en un equip d'atenció primària (EAP). Secundaris: informar l'EAP sobre la LORE i la seva aplicació; conèixer que pensa l'EAP de l'aplicabilitat de la LORE.

Descripció: la LORE es publicà el març de 2021 i regula l'aplicació de l'eutanàsia i el suïcidi assistits.

A Catalunya entrà en vigor el 25 de juny de 2021.

L'aplicació de l'eutanàsia i del suïcidi assistit és una actuació mèdica totalment nova en l'àmbit de la nostra activitat assistencial. Per donar suport als EAP es va crear la figura del referent en eutanàsia del territori i del propi EAP, en el nostre cas, un metge i una infermera d'AP.

El nostre és un EAP urbà que atén a 22.000 persones.

Format per 15 unitats bàsiques d'atenció formades per un professional d'atenció a la ciutadania, un infermer/a i un metge/essa (UBA3) i dos treballadors/ores socials (TS).

La nostra metodologia de treball fou: dividir l'EAP en tres grups amb membres dels tres estaments i TS.

Cadascú va participar en una sessió de 3 h, estructurada en dues parts:

1. Explicació del procés d'aplicació de l'eutanàsia amb continguts com: el metge referent, el consultor, l'entrevista deliberativa, fàrmacs a emprar, sentiments, futilitat, distanàcia, empatia, sedació...
2. Elaboració d'un DAFO de l'EAP davant l'eutanàsia.

Conclusions: elevada participació (81%); sessions molt interactives entre els professionals i els referents.

DAFO: debilitats, manca d'experiència, maneig farmacològic, sobrecàrrega professional, amenaces, gestió del temps i pressió de l'entorn (societat, família...).

Fortaleses: UBA3, longitudinalitat, TS consolidats i equip docent.

Oportunitats: formació en final de vida i enfortir vincle professionals/ pacients.

Aplicacions: creiem que la nostra experiència pel que fa a l'existència de referents, a la formació sobre l'eutanàsia i a la possibilitat que els EAP expressin el que pensen i senten en relació amb l'eutanàsia és aplicable a qualsevol EAP.

CINTIA RAMOS SANCHO
CRISTINA ACOSTA GARCÍA
EVA MIQUEL FERNÁNDEZ

Contacte:
cintiaramosancho@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7747

Eosinofilia

Hombre de 32 años con dolor epigástrico de un mes de evolución, con despertar nocturno, febrícula, sudoración nocturna, astenia, anorexia y pérdida de 5 kg.

Antecedentes: bebedor, fumador, cazador, vivienda rural, no viajes al extranjero. No enfermedades. Se realiza exploración física y analítica (AS) con discreta elevación de eosinófilos. Se orienta como dispepsia y se pauta inhibidor de la bomba de protones (IBP).

A la semana, reconsulta por el mismo motivo. Se orienta como gastritis y se pauta IBP y buscapina.

Vuelve 10 días después. Hemodinámicamente estable. Exploración física sin cambios. Ante la persistencia de los síntomas se decide ampliar el estudio: radiografía de tórax con hilios pulmonares prominentes, masas. AS con plaquetopenia (no en la previa), eosinofilia marcada y transaminasas elevadas. La eosinofilia plantea un diagnóstico diferencial entre etiología infecciosa, inflamatoria, neoplásica y alérgica. Se sospecha de síndrome linfoproliferativo y se remite a hematología.

Se solicita autoinmunidad, BCR/ABL y JAK2 negativos, y biopsia de médula ósea sin elementos plásticos, infiltración por un proceso linfoproliferativo ni nidos metastásicos. Tomografía computarizada toracoabdominal con adenomegalias biliar derecha, lesiones nodulares de partes blandas peritoneales y LOES hepáticas. Se descartan causas alérgica, inflamatoria y tumoral, y se sospecha causa infecciosa.

El paciente reside en zona rural, en un contexto con animales. Esto favorece la sospecha de parásitos. No valorado inicialmente por no haber realizado viajes previos. Se solicita serologías y se obtiene positivo para anticuerpos de Fasciola hepática.

Dos meses después se inicia tratamiento con triclabendazol. La serología de Fasciola hepática desciende de 1/5.120 hasta 1/2.780 y la eosinofilia de 25.850 hasta 2.780.

En conclusión, la eosinofilia debe estudiarse, hay que realizar un buen diagnóstico diferencial, conocer sus signos y síntomas. Es importante pensar en parásitos y helmintos, y no solo en el viajero, y valorar el entorno o contexto del paciente. Cabe destacar la Fasciola hepática como un parásito autóctono que asocia síntomas digestivos y biliares.

ANA FERNÁNDEZ GÓMEZ
PAULA GONZÁLEZ PUENTE
LAURA MENDOZA MOLERO

Contacte:
ana.fernandez.gomez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7749

Las sorpresas de la visita de crónicos

Se trata de paciente hombre de 66 años. Jubilado. Sin alergias. Gran fumador. Hipertenso. Dislipémico. Accidente cerebrovascular en 2018 con recuperación *ad integrum*. Cardiopatía isquémica. Liquefacción plana. Acude a visita anual de control de patología crónica. Tras realizar revisión completa de los factores de riesgo cardiovascular y entrevista motivacional revisamos resultados de analítica en la que encontramos colestasis disociada no conocida (elevación de GGT x8, FA x2,5, ALT y AST elevadas x2, bilirrubina normal, LDL 55, HbA1c 6,5%, FG 55). En la anamnesis dirigida el paciente refiere síndrome tóxico (pérdida de 7 kg en 4 meses, astenia e hiporexia). Además comenta epigastralgia vespertina desde hace 2 semanas y poliuria. No exteriorizaciones hemáticas. No ictericia. No coluria ni acolia. Exploración física

Auscultación cardíaca: TCR sin soplos; respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. PPPS. Abdomen: blando, depresible, se palpa hepatomegalia dolorosa de 4 traveses de dedo. Ante hallazgo de colestasis disociada de nueva aparición, acompañada de síndrome tóxico, cito al paciente al día siguiente para realización de ecografía clínica a pie de cama en la que se observa hepatomegalia, parénquima hepático heterogéneo con múltiples nódulos sugestivos de metástasis hepáticas. Se orienta caso como síndrome constitucional a estudio: probable neoplasia de origen desconocido, asociada a metástasis hepáticas.

Solicito tomografía computarizada abdominal Urgente y derivó a unidad de diagnóstico rápido para valoración. Finalmente, el paciente es diagnosticado de carcinoma pulmonar de célula pequeña en estadio IV. Metástasis cerebrales, hepáticas y suprarrenales. Panhipopituitarismo de etiología infiltrativa (síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética [SIADH], hipotiroidismo, hipogonadismo e insuficiencia suprarrenal). Debido a la situación de pandemia de COVID-19 que nos ha tocado vivir, muchos pacientes crónicos han perdido su seguimiento habitual. Con este caso se pretende resaltar la importancia del seguimiento del paciente crónico en atención primaria, así como la relevancia de la ecografía clínica como herramienta coadyuvante para completar nuestro juicio clínico en nuestra consulta.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANNA MARIA FALCÓ SOLSONA
ANNA MARIA GUARIDO MARAVER
ARIADNA DELGADO SALA

Contacte:
annamafal@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7750

Lesiones en piel en la diabetes *mellitus*

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivo de consulta: lesions en la pell.

Historia clínica: enfocament individual. Antecedents patològics: diabetes de tipus I des dels 15 anys en tractament insulínic, trastorn d'ansietat. Anamnesis: dona de 27 anys que presenta múltiples lesions en la pell de les extremitats inferiors des de fa 3-4 anys. Exploració física: pacient conscient i orientada, normohidratada i normocoloreada. Se objectiven múltiples lesions en la regió pretibial i en la part posterior de ambdues cames, de entre 3 i 8 mm amb centre amarillent-marronàceu i amb vora circumdant eritematosa. No lesions en les extremitats superiors ni en el tronc. Dats dels hallazgos se decideix derivar a dermatologia per realitzar biòpsia i valorar maneig. En estudi histològic se corrobora el diagnòstic de necrobiosis lipòidica i se objectiva atrofia epidèrmica i en dermis degeneració de fibres col·lagèniques.

Enfocament familiar i comunitari: viu sola, amb bona relació amb la seva mare. Buena dinàmica familiar. Juicio clínic: necrobiosis lipòidica.

Diagnòstic diferencial: granuloma anular, sarcoidosis cutànea, xantogranuloma necrobíotico, dermatitis purpúrica pigmentada, dermatitis per estasis. Tractament i plans d'actuació: la pacient realitzà una pauta descendent de corticoides tòpics. Actualment sense tractament. Se troba en seguiment per el servei de dermatologia.

Evolució: en control analític se objectivà HbA 8,1%, Glucosa 115 mg/dl amb el rest del rest de l'anàlisi anodina. Cabe destacar que, aunque estè relacionada amb la diabetes, un bon o mal control de la diabetes no influeix en la aparició o no de lesions de necrobiosis lipòidica. Conclusió: La necrobiosis lipòidica és una entitat de caràcter crònic, per lo que té que presentar seguiment des de atenció primària. És una entitat que pot cursar amb lesions ulcerades. Debe ser tractada amb corticoides tant tòpics com intralesionals o amb immunosupressors, depenent de la gravetat de les lesions i de la resposta al tractament.

MARTA SZYMANSKI CORTÉS
ANTONI NIETO MACLINO

Contacte:
martasz1993@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7751

Posant nom a la diarrea crònica

Dona de 74 anys, jubilada i molt activa, amb antecedents d'osteoporosi, hipotiroidisme subclínic i trastorn d'ansietat generalitzada en tractament amb sertralina 100 mg/24 h.

Consulta per alteració del ritme deposicional de 3 mesos, amb diarrea aquosa sense productes patològics, amb incontinència i urgència defecatòria. Nega dolor abdominal i síndrome tòxic. Ho relaciona amb lactosa, però no millora malgrat la retirada de la lactosa de la dieta.

A l'exploració té bon estat general, amb palpació tiroïdal normal, sense adenopaties i amb exploració abdominal anodina.

Anàlisi amb elevació de reactants de fase aguda i de calprotectina fecal (150 µg/g). Sang oculta en femta, cultiu i paràsits negatius.

Com que presenta característiques d'organicitat, es realitza un diagnòstic diferencial amb malaltia inflamatòria intestinal, farmacològica, intoleràncies, malaltia neoplàstica i malabsortiva.

Es comenta amb digestiu i es realitza una fibrocolonoscòpia que informa de diverticulosi i hemorroides internes. Es fan biòpsies amb canvis histològics compatibles amb colitis col·làgena. Es diagnostica de colitis col·làgena, probablement secundària a tractament amb sertralina.

S'inicia tractament amb budesonida 4,5 mg/24 h durant 6 mesos per induir la remissió i posteriorment 3 mg/24 h de manteniment, amb remissió total de la clínica.

La colitis microscòpica de tipus col·làgena és una malaltia inflamatòria crònica, amb pic d'incidència en dones de més de 60 anys, relacionada amb malalties autoimmunes (celiaquia) i fàrmacs, com inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina, antiinflamatoris no esteroïdals i inhibidors de la bomba de protons. Actualment, les guies de gastroenterologia recomanen utilitzar la calprotectina fecal com a marcador davant la sospita de pacients amb malaltia inflamatòria intestinal, ja que té un alt valor predictiu negatiu.

La clínica suposa una alteració important de la qualitat de vida i sense la sospita diagnòstica es pot retardar el diagnòstic, que s'etiqueta com a trastorn funcional sense investigacions. És necessari fer un abordatge dels pacients amb diarrea crònica ordenat i sol·licitar les proves complementàries de manera dirigida, ja que alguns diagnòstics finals es poden tractar i resoldre amb un tractament específic.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JESSICA PINTO YAGUAL
MARTA PEDROL LLIRINOS

Contacte:
md_jessicapinto@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7752

Doctora, veo doble

Àmbit del caso: urgències de atenció primària/hospital.

Motivos de consulta: dolor ocular, diplopia.

Historia clínica: enfocament individual: home de 70 anys amb antecedents de hipertensió arterial, acude a urgències per dolor ocular dret, vesícules eritematoses agrupades en la regió supraorbitària i diplopia de 3 dies d'evolució.

En l'examen físic se objectiva pèrdua de la adducció de l'ull dret amb desviació permanent de la mirada cap al quadrant inferoextern, eritema amb edema periorbitari i ptosis ipsilateral sense afectació pupilar.

Se deriva a urgències d'oftalmologia per proves complementàries. Se observa úlcera corneal dendrítica petita que se tiñe amb fluoresceïna. Tomografia computaritzada craneal/òrbites normals.

Juici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes:

Paràlisi del tercer pare craneal en contexte d'infecció per herpes zòster.

Tratament i plans d'actuació

Se inicia tractament amb valaciclovir 1 g/8 h durant 10 dies, aciclovir ungüent tòpic c/6 h, associat a analgesia amb metamizol 575 mg/8 h, tramadol 50 mg/12 h i gabapentina 300 mg/24 h.

Evolució: a les 48 hores acude a su mèdic de atenció primària per dolor mal controlat i se augmenta la dosi de gabapentina. Se revalora una setmana després i presenta millora clínic i resolució completa de les lesions a les 6 setmanes.

Conclusions: la reactivació del virus de la varicela zòster sol produir-se en la zona on les manifestacions cutànies (varicela) de la primoinfecció foren més notoris, habitualment en dermatòmeres toràciques i en el territori inervat pel V pare craneal. La freqüència d'afectació oculomotora varia entre un 5 i un 29%. La paràlisi oculomotora més descrita es la del III pare craneal. La instauració del tractament en les primeres 72 h del quadre disminueix la duració de la neuralgia posherpètica i millora els resultats terapèutics. De aquí la importància de que se sospesche desde atenció primària per prevenir les possibles seqüeles que podrien ser irreversibles si no son tractades oportunament.

ALBA GÓMEZ VILAR
CRISTINA DAPENA BARÓN
YAIZA VILLAGRASA SALAGRE

Contacte:
gomvil.alba@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7754

Deterioros cognitivos que sorprenden

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivo consulta: inestabilitat de la marxa i parestesies.

Historia clínica: antecedents: hipertensió arterial, hallux valgus bilateral, trastorn de l'ànim.

Anamnesis: dona que acude per aparició en els últims 3 mesos de parestesies en extremitats esquerranes, así com lateralització de la marxa cap a la dreta, que relaciona amb hallux valgus. Reconsulta a la setmana següent per mioclonies en la extremitat superior esquerra de temps indeterminat, así com dèficits mnèsics i empeorament de la labilitat emocional. Exploració anodina, a excepció de Romberg inestable.

Proves: analítica sanguínea anodina. Tomografia craneal sense contrast normal. Electroencefalograma: alenteciment de les ondes theta en el hemisferi dret sense alteracions epilèptiformes. Resonància craneal: afectació difusa cortical hemisfèrica dreta, amb restricció de la difusió. Estudi líquid cefalorraquídeu amb la tècnica RT-QuIC: presència de proteïna priònica. Enfoque sociofamiliar: casada, amb quatre fills amb bona relació. Jubilada.

Juici clínic i diagnòstic diferencial: identifiquem un deteriorament cognitiu de ràpida evolució, amb ataxia i mioclonies. Dintre del diagnòstic diferencial incloum: causes vasculares, malaltia epilèptica, malalties priòniques, neoplasies, metabolopaties i tòxics. Després de l'estudi de la pacient se conclueix amb diagnòstic de malaltia de Creutzfeldt-Jakob adquirida.

Tratament: se inicien antidepressius per l'estat ànimo i antiepilèptics per sospescha de epilèpsia. Després del diagnòstic de malaltia priònica se afegeix al tractament antiespasmòdics.

Evolució: pèrdua ràpida de funcionalitat i funcions superiors, i precisa atenció domiciliària i suport. Falleix a les quinze setmanes del diagnòstic.

Conclusions: abans de la sospescha de un deteriorament cognitiu de ràpida evolució, es fonamental realitzar un bon diagnòstic diferencial, i atendre a la possibilitat de causes tractables, i per això reversibles. En el cas de nostra pacient, resultà una malaltia neurodegenerativa irreversible de poca prevalència i amb mal pronòstic a curt plaç, per lo que nostre principal esforç se centrà en la prioritització del confort de la pacient.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FAIZA-KIRAN MOHAMMAD JABEEN
GABRIELA DESTEFANO RAMÍREZ
GLORIA ORTIZ BORDANOVA

Contacte:
kiran159@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7756

Doctora, m'ha crescut el coll durant la pandèmia

Home de 35 anys, sense al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics, amb antecedents patològics d'asma que consulta per massa cervical no dolorosa de 2 mesos d'evolució. Nega disfàgia, dispnea ni síndrome tòxica. No antecedents familiars de malalties tiroïdals.

En l'exploració física destaca l'augment del perímetre cervical, glàndula tiroïdes augmentada de volum de forma difusa, de consistència ferma i sense nòduls. No es palpen adenopaties laterocervicals, supraclaviculars ni axil·lars. Signes de Pemberton i Marañoń negatius. Resta de l'exploració sense alteracions.

Se sol·licita analítica amb hormones, anticossos antitiroïdals i paràmetres d'inflamació, que és normal, i ecografia cervical urgent que mostra tiroïdes augmentada a expenses del lòbul dret amb diverses imatges nodulars amb algunes macrocalcificacions i presència de goll endotoràcic que es confirma amb una radiografia de tòrax.

Es deriva el pacient a endocrinologia i se sol·licita biòpsia. Es realitza nova ecografia que mostra gran tumor dret amb invasió de vena jugular dreta. Es cursa punció aspiració per agulla fina i l'anatomia patològica és compatible amb neoplàsia fol·licular de tiroïdes, Bethesda IV. Es completa l'estudi amb tomografia computada (TAC) cervical que mostra gran massa tiroïdal dreta amb projecció endotoràcica amb signes d'invasió de la vena jugular interna ipsilateral i TAC tòracica que confirma la massa, de 10 cm, i descarta adenopaties mediastínniques ni focus sospitosos metastàtics pulmonars.

Es realitza tiroïdectomia total amb secció de vena jugular interna incloent trombe tumoral. Com a incident s'evidencia intraoperatòriament una lesió de nervi recurrent dret, que se sutura. El pacient es manté estable i és donat d'alta amb lleu disfonia.

El retorn a l'activitat normal de l'atenció primària ha suposat el diagnòstic de patologies avançades i la constatació del descontrol de malalties cròniques en molts casos. Es recalca que és essencial la continuïtat assistencial i una bona coordinació entre els diversos dispositius sanitaris, sobretot entre la primària i l'atenció especialitzada.

CARMEN RODRÍGUEZ POZO
NOEMÍ DE MIGUEL LLORENTE
IVAN ARRUFAT MARTÍN

Contacte:
carmenrodriguezpozo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7758

Tailgut cyst

Àmbit del caso: atenciones primaria y hospitalaria.

Enfoque individual: hombre de 52 años sin alergias medicamentosas, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y esteatosis hepática, con polimedicación para el control de dichas patologías.

A nivel social, vive solo, con dificultades económicas, motivo por el cual acude de manera errática a las visitas. En el transcurso de la pandemia había suspendido todos los controles hospitalarios.

Acude a su médica de familia por inicio de síntomas de inestabilidad junto con cuadro tóxico relacionado en el mes anterior. A su vez presenta cifras tensionales bajas, motivo por el cual se ajusta el tratamiento y se le solicita analítica completa. En la exploración física destaca ingurgitación yugular. La analítica muestra una alteración de la función hepática en forma de colestasis disociada AST/ALT 86/76 UI/l, GGT/FA 938/19,5 UI/l, elevación de VSG y anemia normocítica-normocrómica. Ante estos hallazgos se solicita un tomografía computarizada abdominal y se observa nódulo precava a la altura de la bifurcación aórtica, de 29 mm x 22 mm con focos cálcicos en su interior. Se deriva a la unidad de diagnóstico rápido de medicina interna del hospital de referencia.

Tratamiento y plan de evolución: valorado por la unidad, se realizan estudios endoscópicos junto biopsia de la lesión. La anatomía patológica es compatible con "tailgut cyst".

El tailgut cyst consiste en hamartomas, tumores congénitos normalmente benignos, pero que pueden crecer o malignizar.

En el caso de nuestro paciente, tiene programado un control por imagen en 6 meses.

Conclusiones: la atención cercana y biopsicosocial de la atención primaria son los baluartes para la confianza terapéutica que tienen los pacientes que acuden a nosotros.

El tailgut cyst o hamartoma retroperitoneal es un hallazgo radiológico que requiere seguimiento y en muchos casos extirpación por malignización.

El aprendizaje continuo forma parte de nuestra atención diaria.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FAIZA-KIRAN MOHAMMAD JABEEN
NOEMÍ DE MIGUEL LLORENTE
CARMEN RODRIGUEZ POZO

Contacte:
kiran159@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7759

Bultos que no desaparecen

Hombre de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de síndrome de Gilbert, úlcera gástrica, obstrucción por bridas y colecistectomía. No sigue tratamiento habitual.

Consulta por aparición de masa laterocervical derecha con crecimiento rápidamente progresivo e indoloro desde hace 2 meses. También prurito generalizado sin síndrome tóxico asociado. En la exploración física destacan varias adenopatías laterocervicales derechas (la mayor de aproximadamente 3 cm x 4 cm) de consistencia firme, adheridas, no dolorosas. Se solicita urgentemente analítica y destaca VSG de 62 y déficit de ácido fólico. El resto de los parámetros, incluida la LDH y el estudio de serologías víricas, sin alteraciones. Ecografía de cuello en la que se observan a nivel de la cadena laterocervical derecha adenopatías hipoecoicas (la mayor de 34 mm x 18 mm) y se sugiere la realización de una ecopunción por aspiración con aguja fina para descartar un proceso linfoproliferativo. Se deriva de forma urgente al servicio de diagnóstico rápido de medicina interna. Se le cursa punción que es positiva para células malignas sugestivas de proceso linfoproliferativo de tipo linfoma de Hodgkin. Fue remitido a hematología y se realizó, para completar el estudio, tomografía computarizada cervicotoracoabdominopélvica, tomografía por emisión de positrones, ecocardiograma y visita con cirugía general para exéresis de adenopatía para estudio histológico. Se realiza anatomía patológica del ganglio y se orienta como posible linfoma T anaplásico ALK negativo CD30+, pendiente de confirmación con analítica molecular y biopsia de médula ósea.

Inicia tratamiento profiláctico y quimioterápico.

La visión integral de la atención primaria es un valor importante de nuestra asistencia.

El acompañamiento y seguimiento de las patologías con un importante impacto en la salud de los pacientes recae en la atención primaria. La longitudinalidad en nuestra asistencia nos da ese valor.

NOEMÍ DE MIGUEL LLORENTE
CRISTINA MUÑOZ LÓPEZ
ELISABET MARTORELL SOLÉ

Contacte:
noedemiguel@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7761

Doctora, no puedo peinarne

Ámbito del caso: atención primaria.

Enfoque individual: hombre de 89 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, artrosis, insuficiencia renal crónica y neoplasia renal estable en seguimiento por urología, que consulta por rigidez y dolor de cintura escapular y pelviana. Se solicita analítica donde destaca leve anemia normocítica, leve leucocitosis, VSG 120 y PCR 11,37, y se orienta como probable polimialgia reumática.

Tratamiento y plan de evolución: se inicia corticoterapia con prednisona 10 mg al día, con rápida respuesta terapéutica. En la siguiente revisión refiere mejoría del dolor de cintura, pero persistencia del dolor en las extremidades inferiores, por lo que se solicita nueva analítica de control en la que destaca una VSG de 75 junto con balance de calcio y vitamina D normales. Dado el antecedente de neoplasia renal se solicita una gammagrafía ósea que muestra signos de artropatía degenerativa poliarticular en las localizaciones previamente mencionadas, sin componente inflamatorio asociado. Actualmente en tratamiento con prednisona 2,5 mg. En nuevo control analítico se objetiva aumento de VSG, 91, junto con PCR de 2,19. El paciente refiere persistencia de leves molestias en caderas y hombros. Ante la persistencia clínica comentamos el caso con reumatología y se indica un aumento del tratamiento corticoideo e inicio de tratamiento con bifosfonatos.

Conclusiones: la polimialgia reumática es una enfermedad reumatológica frecuente en la población anciana de las consultas de atención primaria. Tenerla presente en nuestro diagnóstico diferencial es importante para detectarla.

La posibilidad de comentar los casos clínicos con especialistas hospitalarios que acuden a los centros de salud ayuda a consensuar y mejorar el seguimiento de los pacientes.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA RIPOLL PARRADO
SUSANNA VARGAS VILA
RAQUEL JIMÉNEZ QUINONES

Contacte:
marta.ripoll@ias.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7762

Ancià amb deteriorament general i trastorn de la marxa d'inici insidiós

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: home de 82 anys consulta per davallada funcional i trastorn de la marxa de mesos d'evolució.

Història clínica: enfocament individual: antecedents personals: adenocarcinoma de pròstata, deteriorament cognitiu lleu i Parkinson diagnosticats el març de 2021, arran de bradipsíquia i bradicinèsia. S'indicà tractament carbidopa/levodopa. Caiguda accidental caminant pel carrer, amb traumatisme craniocèfalí sense pèrdua de coneixement (febrer 2021).

Anamnesi, exploració i proves complementàries: a finals d'abril de 2021 consulta el metge família per deteriorament general de setmanes evolució, empitjorament de la incontinència urinària i trastorn de la marxa progressiu, marxa inestable i de petites passes. Es deriva a urgències hospitalàries per evolució tòrpida. En l'exploració destacava bradipsíquia i tendència a la somnolència. Tomografia computada cranial: hematoma subdural crònic amb convexitat bilateral de predomini esquerra.

No antecedents familiars d'interès.

Diagnòstic diferencial: empitjorament de la malaltia Parkinson, progressió de malaltia oncològica versus hematoma subdural.

Tractament: neurocirurgia indica tractament quirúrgic. Es realitza drenatge de l'hematoma subdural via craniotomia, amb bona evolució i resolució. S'inicia dexametasona oral i levetiracetam per crisi comicial perioperatòria.

Evolució: millora franca de les funcions neurològiques, marxa normalitzada, autònom per a les activitats vida diària. No crisis comicials, electroencefalograma normal i es retira levetiracetam progressivament.

Conclusions: l'hematoma subdural crònic (HSDC) és una patologia freqüent en ancians. L'alteració del comportament i els dèficits neurològics en són símptomes habituals.

Es consideren factors predisponents per a l'HSDC l'antecedent traumàtic o el tractament anticoagulant/antiagregant.

Davant de la focalitat neurològica, trastorn de comportament, marxa o cognitiu, l'antecedent d'un traumatisme craniocèfalí ens hauria de fer sospitar l'HSDC tot i que l'antecedent no sigui recent (més d'un mes en aquest cas). L'anamnesi detallada és fonamental per orientar el diagnòstic. La longitudinalitat de l'atenció primària pot permetre sospitar precoçment l'hematoma subdural, que pot ser tributari de tractament quirúrgic. El retard diagnòstic pot causar èxits.

ALICIA ARES VILAR
MAR LLOBET ESTEBAN
NURIA MORLANS SÁNCHEZ
MARTA GARCÍA CANOVAS

Contacte:
alicia.ares.vilar@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7763

Gestió infermera de la demanda en pacients amb clínica compatible SARS-CoV-2 a través de la consulta INF COVID-19

Experiència: gestió infermera de la demanda en pacients amb clínica compatible amb SARS-CoV-2 a través de la consulta INF COVID-19.

Objectius de l'experiència: comparar l'evolució de la càrrega assistencial en els diferents circuits de gestió de la demanda (respiratori/no respiratori) l'any 2021.

Descripció de l'experiència: arran de l'augment exponencial de les consultes a demanda amb patologia compatible amb COVID-19, s'ha vist necessari treballar en un pla d'acció per garantir l'accés sanitari a la població quan els recursos humans són limitats.

A partir de novembre de 2020 es creà l'agenda específica de gestió infermera de la demanda COVID-19 dins d'un circuit diferenciat de la ja existent de consulta d'urgències d'infermeria. En aquesta consulta es realitza el diagnòstic COVID-19 mitjançant els protocols sanitaris vigents (TAR/PCR) i es realitza seguiment de símptomes dels pacients amb diagnòstic previ SARS-CoV-2. Durant el 2021, la consulta d'infermeria COVID-19 ha atès una mitjana de 227,6 consultes/dia, i s'ha hagut d'augmentar fins a tres el nombre de consultes d'infermeria COVID-19 segons la incidència acumulada del moment. De les consultes amb abordatge infermer propi, el 75,96% ha estat resolt sense necessitat de derivació a medicina de família.

En contra del que es creia prèviament, l'augment de pacients amb simptomatologia COVID-19 no va produir un descens de la càrrega assistencial de la consulta d'infermeria de gestió de la demanda d'urgències sense patologia COVID-19.

Conclusió: l'augment de consultes amb patologia COVID-19 no ha produït un decrement del nombre de consultes en gestió de la demanda aguda de pacients sense clínica respiratòria, havent de conservar els mateixos serveis d'atenció urgent no COVID-19. Per garantir la cobertura sanitària en un context epidèmic és necessari optimitzar les funcions pròpies d'infermeria i fer una readaptació constant dels serveis segons les necessitats.

REBECA ALFRANCA PARDILLOS
CRISTINA GIRALT VÁZQUEZ
ELISENDA FERNÁNDEZ ESCOFET
MERITXELL PERICAS HERNÁNDEZ
ANNA MARIA CORRAL TOMAS
FRAN CALVO GARCÍA

Contacte:
ralfranca.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7764

Causes de mort en dones sensellar

Objectiu: estudi de les causes de mort en dones sensellar

Material i mètodes:

- Disseny: descriptiu retrospectiu.
- Àmbit de realització: atenció primària i serveis socials municipals.
- Criteris de selecció: dones sensellar ateses al centre d'acollida des del 2006 fins al 2020.
- Nombre de dones incloses: 562.
- Nombre de dones estudiades amb història oberta a l'ECAP: 257.
- Variables: mort en el període d'estudi, edat i causa de mort.
- Mètodes d'avaluació: freqüències absolutes i relatives

Anàlisi estadística: test2.

Limitacions: solament es va obtenir informació del 45,72% de les dones seleccionades. La resta havien estat ateses puntualment pels serveis socials, no tenien dades de filiació correctes o no havien consultat els serveis mèdics. Les persones sensellar presenten moltes dificultats de seguiment (indocumentats, nòmades...)

Aspectes legals: aprovat pel Comitè d'Ètica de l'IAS, codi Estudi homeless 2008.

Resultats: dones mortes: 82 (14,59% del total).

Causas: 34 suïcidi, 12 SIDA, 10 malaltia hepàtica, 10 pulmonar, 6 oncològica, 2 sobredosi, 2 cardiovascular, 2 infeccions i 4 causes desconegudes.

Comparant amb una mostra similar d'homes sensellar no hi havia diferències significatives en el percentatge de morts, sí en les causes, en què destacava el suïcidi en dones de 31 a 50 anys d'edat.

Conclusions: les dones sensellar presenten una elevada mortalitat. Al nostre estudi, el suïcidi va ser la primera causa de mort. Sovint pateixen malalties mentals, addiccions, violència i abusos. L'atenció a aquestes dones d'especial vulnerabilitat és un repte per als metges de família. S'hi ha de fer front conjuntament amb els serveis socials i els professionals de la Xarxa de Salut Mental.

CARME DE CASTRO VILA
EVA PEGUERO RODRÍGUEZ
ANNA BONMATI TOMAS
ADRIA PRAT SALA
LAURA ALBERT CARRASCO
CRISTINA ALMON SALVAT

Contacte:
mentxu99@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7766

Anàlisi de l'atenció al final de la vida segons els professionals de salut d'atenció primària

Objectiu: descriure creences, actituds i coneixements dels professionals d'atenció primària (AP) en l'atenció al final de la vida.

Conèixer els principals dilemes ètics en l'atenció al final de vida.

Conèixer la por a la mort dels professionals.

Material i mètodes: estudi descriptiu, transversal, observacional, adreçat a les 72 professionals que treballen en tres equips d'AP, un urbà i dos rurals.

Qüestionari *ad hoc* amb quatre apartats: opinió, experiència, dilemes ètics i Escala de la Por a la Mort de Collett-Lester (EMMCL). Formulari de Google.

Les comparacions de variables entre les dades professionals i els diferents apartats s'han fet mitjançant proves de grups independents. Per a les qualitatives khi quadrat i per a mostres petites *U* de Mann Whitney i Kruskal-Wallis.

Aspectes ètics: enquestes anònimes.

Resultats: 61 respostes (84,7%). 74% de les participants estan d'acord amb l'afirmació que els equips d'atenció primària han de liderar l'atenció al final de la vida. 40% consideren que no disposen de les habilitats i els coneixements suficients. 72% consideren que manca formació.

Dilemes més plantejats: discrepàncies de criteri entre la família i el pacient. Moment adequat per iniciar la sedació. Discrepàncies amb la família respecte al tractament de l'agonia com a petició d'accelerar el procés.

Resultats EMMCL: respecte al propi procés de morir, les participants puntuen alt la por davant del dolor que comporta el procés de morir i la possibilitat de morir en un hospital lluny dels amics i familiars.

Conclusions: ampli consens entre les professionals enquestades sobre l'AP com a líder del procés, que volen i poden fer-ho, però els cal formació.

Dilemes més plantejats en relació amb l'atenció a la família.

EMMCL: por davant del dolor del propi procés de morir i de la possibilitat de morir lluny dels amics i familiars.

INGRID ROCA BRASÓ
NÚRIA ARGELICH ARGERICH
BRENDA DUCH JUVINYÀ

Contacte:
ingridrocaso@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7767

Urticària i clínica digestiva

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: urticària.

Història clínica: enfocament individual: home de 45 anys sense antecedents tòxics. Antecedents personals: ansietat, reflux gastroesofàgic i diarrea en estudi.

Antecedents familiars: diabetis *mellitus* de tipus 2 (pare).

No tractament habitual.

Consulta per urticària de 8 setmanes d'evolució, en ocasions acompanyada d'angioedema, ja valorada en diverses ocasions a urgències, en tractament amb prednisona i antihistamínics sense control de la simptomatologia.

Exploració física: edema del llavi dret, favons a la zona lateral baixa del tronc i extremitats inferiors. Auscultacions cardíaca i respiratòria normals. No edema d'úvula ni resta orofaríngea. Resta normal.

Proves complementàries: anàlítica sense alteracions (hemograma, bioquímica, C3 i C4, hormona estimuladora de la tiroide, ANA, serologia del virus de l'hepatitis B [VHB] i VIH), excepte VHC positiu ja tractat i glicèmia elevada que no havia presentat anteriorment. *Helicobacter pylori* en femta (per antecedents gastrointestinals i urticària) negatiu.

Judici clínic: urticària crònica autoimmunitària.

Tractament: s'inicia tractament amb antihistamínics amb escalada segons protocol.

Evolució: com no hi ha millora, es remet a dermatologia on s'inicia tractament amb Sandimmun® 150/12 h i Xolair®. No millora després de mesos de tractament i reconsulta a diferents serveis i es tracta amb prednisona, fet que augmenta les seves glicèmies. Se sol·licita test de l'al·lèrgia i anàlítica ampliada per valorar l'associació de dapsona. El test de l'al·lèrgia és positiu i es realitza tractament erradicador. Posteriorment asimptomàtic.

Conclusions: la urticària crònica és una malaltia autoimmunitària que no requereix estudi d'al·lèrgies. Estudiarem i tractarem a primària amb antihistamínics ± prednisona si cal, però quan no hi ha millora derivarem a dermatologia i evitarem el sobreús de corticoides. En pacients amb urticària i clínica digestiva associada cal descartar *H. pylori*. La detecció de l'*H. pylori* en femta és adequada, però el test de l'al·lèrgia és la prova no invasiva més sensible i específica per a descartar l'*H. pylori* i es pot valorar en casos com aquest.

CRISTINA BARCELÓ BERMEJO
ÀNGELS MORENO GUTIÉRREZ
MONTSERRAT PUJULÀ BLANCH
MIQUEL QUESADA SABATÉ

Contacte:
crisbarcelob@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7768

Doctora, em noto inflada. La importància de l'ecografia en l'exploració física en atenció primària

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: distensió abdominal.

Història clínica: dona de 24 anys. Acut després de viure uns mesos a Granada. No antecedents mèdics d'interès. Fa 2 mesos que presenta incomoditat i distensió abdominal. No alteracions ritme deposicional ni productes patològics en femta, no dolor ni nàusees, no relacionat amb ingesta. DUR fa 7 dies. Test embaràs negatiu.

Proves complementàries a Granada normals, però no aporta informes. Pendent de colonoscòpia. Tractament previ amb ranitidina i buscapina sense millora. En l'exploració, abdomen distès i bultoma no dolorós a l'hemiabdomen inferior. Peristaltisme present sense peritonisme. Ecografia clínica a atenció primària (ECOAP) amb dilatació bilateral de pelvis renal i gran massa heterogènia que impressiona dependre d'ovari.

Plans d'actuació: derivem a urgències de ginecologia. ECOTV: massa heterogènia de 20 cm x 12 cm x 19 cm de contingut mucinós i amb àrea quística multibancada amb captació Doppler depenent de l'ovari esquerre. Anàlítica amb funció renal normal i marcadors tumorals negatius, tret de l'hormona gonadotropina coriònica humana (bHCG) elevada. Tomografia computada i ressonància magnètica orienten com a neoplàsia d'ovari esquerre, probable cistoadenoma mucinós amb ureterohidronefrosi bilateral secundària a compressió. Estudi d'extensió negatiu.

Evolució: carcinoma mucinós d'ovari amb patró infiltrant. pT1a. Figo IA. R0. Tractament amb intervenció quirúrgica (histerectomia total, annexectomia bilateral, limfadenectomia pèlvica/paraaòrtica i apendicectomia) i QT adjuvant. Actualment sense signes de malaltia neoplàstica.

Conclusions: entre els beneficis de l'ECOAP destaquen la immediatesa i que és una prova senzilla, barata, innòcua, incruenta i reproducible a la consulta o al domicili. Per tant, pot ser de gran utilitat per al diagnòstic, tractament i correcta derivació del pacient. Situacions com aquesta confirmen que l'ECOAP, com a mètode exploratori complementari a l'anamnesi i l'exploració física, pot ajudar en el diagnòstic precoç de patologies potencialment greus. La seva interpretació depèn de la persona: cal potenciar la capacitació dels metges de família per millorar-ne l'ús i saber quan sol·licitar-la i com interpretar-la.

Nota: La pacient autoritza la presentació del cas.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CORAL ABAD NAVARRO
NEUS MARTÍNEZ MARTÍNEZ
ANNABEL PELLICES SANAHUJA
TARECA DÍAZ GRIJUELA

Contacte:
neus.martinez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7770

L'ecògraf ultraportàtil. El nou company de batalles

Objectiu: en els darrers anys, l'ecografia clínica ha guanyat molta aplicabilitat. Inicialment, el més habitual era veure-ho a urgències d'atenció primària o a consultes específiques amb proves agendades. Ha estat durant la pandèmia, amb la realització d'ecografies pulmonars i amb l'opció de tenir ecògrafs ultraportàtils que la incorporació d'aquesta eina a la pràctica clínica habitual ha crescut exponencialment a peu de pacient, i ha posat en valor la seva utilitat com a eina d'ajuda per a la presa de decisions. El Departament de Salut també ha potenciat el seu ús amb els protocols de la COVID-19, incloent l'ecografia des de primària.

Descripció: des de l'inici de la pandèmia, a dues consultes del centre, es disposa d'ecògraf ultraportàtil sobre la taula auxiliar, al costat del fonendoscopi, per tal d'incloure'l com un element afegit a l'exploració física rutinària.

La facilitat d'ús, transport i neteja fa que sigui un instrument més dins la rutina de treball, fet que es tradueix en més resolució a la consulta, però també a nivell d'atenció domiciliària. Cal remarcar que el grau de formació en ecografia de les dues professionals que ho han dut a terme és la reglada per la nostra Societat Científica i està validada pels serveis de radiodiagnòstic de la nostra empresa.

Conclusions: en els últims 2 anys, l'ecògraf ultraportàtil s'ha convertit en el company de batalles ideal per abordar qualsevol dels possibles escenaris (lesions musculoesquelètiques, puncions ecoguiades, lesions de parts toves o de paret abdominal...). Ha augmentat la resolució dels casos i la satisfacció del pacient, i n'ha disminuït el seu nombre de visites

Aplicabilitat: l'ús d'un ecògraf ultraportàtil a l'atenció primària augmenta el nivell resolutiu del metge de família del segle XXI. Una formació reglada dins de l'especialitat MIR i mantenir les habilitats apreses en la pràctica diària fan que l'ecografia clínica sigui una competència essencial en el dia a dia.

MARITZA LÓPEZ PEREIRA
LAURA HARO INIESTA
LOURDES ROSA RAFAEL VALDIVIA

Contacte:
maritzalp1@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7772

Doctor, estoy muy débil. Los antecedentes pueden ser la clave

Àmbit de cas: atenció primària y nivel hospitalario.

Motivo de consulta: debilidad y astenia.

Antecedentes patològics: tiroidectomia en el año 2007 por bocio multinodular tóxico, en tratamiento con levotiroxina; hipocalcemia secundaria a tiroidectomia, en tratamiento con calcio oral, mal cumplimiento terapéutico.

Anamnesis: hombre de 47 años, natural de Marruecos, con dificultad idiomática, refiere cuadro de 2 meses de evolución, con astenia, debilidad y en el último mes se acompaña de 3-4 episodios/día con desviación de comisura bucal y lateralización corporal a la izquierda, de 2 minutos de duración.

Exploración física: constantes estables, normoglicemia; cardiorrespiratorio normal. Exploración neurológica: no focalidad neurológica, no asimetría facial, Romberg negativo, marcha lenta sin lateralización y con aumento de la base de sustentación. Electrocardiograma: QT alargado. Análítica: calcio 5,5, resto normal. Tomografía computarizada craneal: numerosas calcificaciones parenquimatosas dispersas en la sustancia blanca de ambos hemisferios cerebrales, regiones ganglio basales y cerebelo, hallazgos que podrían corresponder a un síndrome de Fahr.

Ante dicha clínica se sospecha de accidentes cerebrovasculares transitorios de repetición versus crisis comiciales y síndrome QT largo: es derivado al hospital, donde se completa el estudio y se trata con gluconato cálcico.

Se orienta con los siguientes diagnòstics: hipocalcemia secundaria a postitiroidectomia; QT largo secundario a hipocalcemia; síndrome de Fahr secundario a hipoparatiroidismo.

Identificación de problemas: paciente con dificultad idiomática, cambios de lugar de residencia continuos y mala adherencia al tratamiento.

Conclusiones: el síndrome de Fahr puede ser debido a problemas genéticos o ser secundario a problemas endocrinológicos. Las calcificaciones cerebrales no tienen tratamiento y el pronóstico es incierto.

En este paciente, la clínica, los antecedentes patològics, las pruebas de laboratorio y la prueba de neuroimagen permitieron el diagnòstico etiológico de síndrome de Fahr, lo que nos lleva a recalcar la importancia de la historia clínica completa en el ámbito de atención primària.

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ISABEL LEGAZPI RODRÍGUEZ
CHARINEL RIVERA DE LA ROSA
VERÓNICA ALFONSO REYES

Contacte:
isabellegazpi@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7773

Esofagitis eosinofílica. Una patologia emergente

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: disfàgia tras la ingesta de certs aliments desde la infància, inicialment de cefalòpodes (pulpo, calamar, sepià) i posteriorment plàtano, nuedes, almejes i lentesjas.

Historia clínica: enfocue individual: muer de 16 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de dermatitis atópica, rinitis alérgica e hiperreactividad bronquial con *prick-test* positivo a ácaros y olivo.

Consulta por disfagia progresiva a la ingesta de determinados alimentos. No pirosis ni regurgitación ni vómitos ni trastorno posicional.

La exploración física era normal.

Se practicó analítica con inmunoglobulina E (IgE) total de 160,7 UI/ml (IgE específica positiva en nivel moderado a nuez y calamar). Resto de parámetros de hemograma y bioquímica normales. *Helicobacter pylori* en heces negativo.

Se solicita gastroscopia. No muestra alteraciones significativas. Toma de biopsias esofágicas que evidenciaron intensa infiltración eosinofílica (más de 20 por campo) y microabscesos eosinofílicos.

Test cutáneo a alimentos dudoso para cacahuete, nuez, soja, maíz y melón.

Enfoque familiar y comunitario: la esofagitis eosinofílica, por su carácter crónico y progresivo, puede impactar en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial del paciente y sus familias.

Juicio clínico: sospecha de esta entidad por los antecedentes de enfermedad alérgica y por la existencia de síntomas de disfunción esofágica.

Tratamiento: corticoides tópicos (fórmula magistral de budesonida viscosa) y modificaciones dietéticas capaces de inducir y mantener la remisión de síntomas.

Conclusión: desde la primera descripción hace más de 20 años, la esofagitis eosinofílica es una entidad en aumento que debe entrar en el diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico o trastornos motores esofágicos con mala respuesta a los tratamientos convencionales. Con frecuencia aparece en pacientes con antecedentes alérgicos. La normalidad endoscópica no debe evitar la toma de biopsias esofágicas ante la sospecha clínica.

CRISTINA BARCELÓ BERMEJO
ARACELI GONZÁLEZ TARRES

Contacte:
crisbarcelob@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7774

Un mareig agafat al moment. Bloqueig auriculoventricular 2:1 en atenció primària. La importància de la història clínica compartida

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dispnea i mareig.

Historia clínica: dona de 86 anys, amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2 i dislipèmia. Consulta per astènia, dispnea de petits esforços, mareig sense gir d'objectes i nàusees de 2 setmanes d'evolució. No febre. No dolor toràcic ni palpitations. Tampoc edemes, ortopnea ni dispnea paroxística nocturna. Exploració física: TA 159/62 mmHg, auscultació cardiopulmonar anodina, tret de bradicàrdia a 49 bpm. Exploració neurològica normal. Glicèmia 285. Electrocardiograma (ECG): bloqueig auriculoventricular (BAV) de 2n grau Mobitz2 tipus 2:1.

Plans d'actuació: es deriva a urgències on repeteixen ECG amb ritme sinusal a 72 bpm, eix 0°, PR 0,17, QRS estret i sense alteracions de la repolarització. Analítica amb hemograma, coagulació, bioquímica i ionograma normals. Bacteriúria asimptomàtica. Radiografia de tòrax anodina.

Evolució: pacient hemodinàmicament estable a urgències i amb totes les proves complementàries normals, fins i tot l'ECG realitzat a urgències. Donat que s'observa BAV a l'ECG realitzat al CAP es decideix ingrès amb monitorització a cardiologia per a col·locació de marcapassos (MCP) reglat.

Conclusions: Cal una bona formació per reconèixer alteracions en l'ECG potencialment greus que requereixen derivació urgent. Els símptomes del BAV inclouen mareig, astènia o síncope. En el BAV de 2n grau simptomàtic està indicada la implantació d'un MCP.

L'HCC permet consultar antecedents i proves complementàries realitzades a altres centres. En casos com aquest, en el qual el diagnòstic és fonamentalment electrocardiològic, és de vital importància un registre correcte i la informatització a l'ECAP de les proves realitzades a atenció primària per documentar les troballes i alteracions potencialment tractables.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FRANCESC ALÒS COLOMER
ALBA MARTÍNEZ SATORRES
JORGE RICARDO MARTÍNEZ CABAÑAS

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7775

Hiperparatiroidisme normocalcèmic i dèficit de vitamina D

Motius de consulta: dona de 60 anys que acudeix per a consulta de resultats d'anàlítica de sang.

Història clínica: antecedents familiars: mare amb hipertensió arterial (HTA).

Antecedents personals: HTA, hipercolesterolèmia.

Anàlítica: destaca parathormona (PTH)-I 65 pg/ml, calci sèric, fosfats normals i vitamina D 28,1 ng/ml (insuficient).

Exploració física: sense alteracions.

Tractament (deficiència): 16.000 UI de calcifediol (Hidroferol® 0,266 mg, un vial) setmanals durant 8 setmanes, seguides d'un tractament de manteniment amb 1.000-1.500 UI/dia (Hidroferol® 0,266 mg, un vial cada 10 o 15 dies). Seguiment analític davant la possibilitat que la insuficiència de vitamina D emmascari la hipercalcèmia. Control al cap de 2 mesos per veure si s'han normalitzat els nivells de PTH.

Conclusions: l'hiperparatiroidisme (HTP) 1 normocalcèmic es considera un nou fenotip de la malaltia, caracteritzat per concentracions persistentment elevades de PTH amb valors de calcèmia normals, i en absència de causes identificables d'HTP 2 o elevació de PTH. És una entitat en creixement, detectada sobretot en dones perimenopàusiques amb o sense osteoporosi. El mecanisme no es coneix i podria tractar-se de la primera fase de la malaltia o una entitat particular caracteritzada per resistència renal i òssia de la PTH. El metge de família l'ha de tenir en compte donada la seva prevalença en augment. Es recomana seguiment anual amb determinació de calcèmia. No hi ha evidència sobre la realització de densitometria.

EVA XICOLA COROMINA
MARIA TERMES CODINA
RAQUEL GARCIA GARCIA

Contacte:
eva.xicola@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7778

La imatge de la primera visita

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dolor lumbar.

Història clínica: enfocament individual:

- Antecedents personals: home, 54 anys, hidrocele esquerre intervingut el 2018.
- Anamnesi: per telèfon, el pacient explica dolor a la fossa renal esquerra de 15 dies d'evolució. A vegades el desperta durant la nit. S'afegeix hipoestèsia a l'hemiabdomen esquerre. Se'l cita presencialment l'endemà.
- Exploració: hipoestèsia a la zona periumbilical esquerra, punyopercussió lumbar esquerra lleument dolorosa.
- Proves complementàries: tira d'orina normal; ecografia clínica a la consulta d'atenció primària amb metge en període de formació, a les ecografies abdominals es detecta tumoració de 6 cm de diàmetre al ronyó esquerre.

Enfocament familiar i comunitari: fill recentment diagnosticat de neoplàsia testicular, el context familiar fa consultar al pacient pel seu dolor.

Judici clínic: pacient amb dolor lumbar atípic. La possibilitat de realitzar l'ecografia a la consulta permet realitzar una orientació diagnòstica cap a un tumor renal.

Diagnòstic diferencial: dolor muscular, còlic nefrític, neuropatia, neoplàsia, infart/oclusió intestinal/esplènic.

Identificació de problemes: dolor lumbar amb ritme nocturn i hipoestèsia.

Tractament i plans d'actuació: davant l'orientació de massa renal a estudi se sol·licita tomografia computada d'abdomen urgent i analítica, i es deriva a la unitat de diagnòstic ràpid d'urologia.

Evolució: l'anàlítica mostra normalitat; el TAC d'abdomen confirma la presència de tumor renal. Se li realitza una nefrectomia radical esquerra amb diagnòstic histològic de carcinoma de cèl·lules renals grau 2 pT1b.

Conclusions: pacient amb dolor lumbar atípic. Amb els mitjans i la formació adequats pot fer-se una orientació diagnòstica més precoç de patologies greus i tractar-les.

Autorització: sí.

NOEMÍ FÀBREGA RAMON
MÒNICA SOLANES CABÚS
REINHARD DIETER THEILHEIMER TOSCA

Contacte:
nfabrega.lleida.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7779

COVID-19 persistent. Síndrome post-COVID-19 en atenció primària

Dona de 42 anys consulta al centre d'atenció primària (CAP) el 16 d'abril de 2020 per miàlgies, febre de 39,2 °C, cefalea, diarrea, tos seca, odinofàgia, dispnea i dolor centrotoràcic atípic. És contacte d'un possible cas de COVID-19.

Antecedents: diabetis *mellitus* gestacional, obesitat, ansietat. Cuinera en un hospital.

Exploració física: tensió arterial i freqüència cardíaca correctes, saturació d'oxigen (SatO₂) del 99%, freqüència respiratòria 20 rpm, temperatura postantitèrmic 36 °C. Ecografia pulmonar: sliding pleural conservat, >3 línies B en àrees 9 i 10, sense condensacions ni vessament. Mantenim antitèrmics via oral i seguiment telefònic. Al cap de 10 dies de l'inici de la clínica presenta persistència de febre (38,8 °C), astènia, tos seca, eupneica, SatO₂ del 98%, radiografia de tòrax sense condensacions ni infiltrats. Segona ecografia de control pulmonar: mínimes consolidacions subpleurals a les àrees 2 i 5.

Diagnòstic diferencial: pneumònia per COVID-19 vs. bacteriana. Diagnòstic: pneumònia per COVID-19 lleu.

Evolució: es va mantenir un seguiment telefònic i presencial estret per oscil·lacions ocasionals de la temperatura i simptomatologia persistent. Dues ecografies pulmonars posteriors van mostrar progressiva resolució, però la clínica durant els mesos següents va ser variada i persistent. El juny de 2020, una serologia va confirmar la presència d'immunoglobulina G per a COVID-19 i alguns reactants de fase aguda seguien elevats. Mesos després es normalitzaren els reactants, malgrat la persistència de miàlgies, cefalea, rigidesa articular i debilitat muscular. L'estudi amb marcadors reumatològics i l'electromiograma van ser normals. La rehabilitació va millorar parcialment la clínica (guanyant força i reduint el dolor). Una visita a reumatologia no va ser significativa. Dos anys després la pacient segueix amb COVID-19 persistent i actualment està pendent de reiniciar la rehabilitació.

Conclusions: l'ecografia a l'AP va permetre diagnosticar i seguir la pneumònia per COVID-19, en la fase aguda. Després de 2 anys, el major suport que ha rebut la pacient ha estat el seguiment a l'AP (>60 contactes), exercicis domiciliaris i rehabilitació.

Disposem de consentiment informat signat.

ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA

Contacte:
gabrielapimd@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7782

Morfea

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: taca eritematosa al pit.

Antecedents personals: lectura de la tensió arterial alta sense diagnòstic d'hipertensió.

Menopausa als 42 anys. Afes orals. Cefalea sense tractament. Síndrome ansios en tractament amb sertralina.

Història clínica: dona de 51 anys que a l'abril del 2021 començà amb una lesió hipercròmica eritematosa al pit esquerra que va ser tractada amb antibiòtic sense cap millora. A partir d'aquell moment li van anar sortint més lesions de les mateixes característiques pel tronc i la part anterior de les cuixes.

PCR 1,43, FR negatiu, ANA, ANCA, MPO-ANCA, PR3-ANCA negatius, Rickètsia, *Borrelia burgdorferi* immunoglobulina M i G negatives. PPD 11 mm amb quantiFERON® negatiu.

Biòpsia cutània amb canvis no específics que podrien ser compatibles amb lesió de tipus morfea.

Enfocament personal: familiars asimptomàtics.

Judici clínic, diagnòstic diferencial: pitiriasi versicolor, morfea, síndrome de Parry-Romberg, cop de sabre, atrofodèrmia.

Tractament i plans d'actuació: valorada per dermatologia, amb sospita inicial d'atrofodèrmia, inicia tractament amb corticoides orals (betametasona) i després injectables. En el transcurs de l'aparició de les lesions comença amb dolors articulars sense signes d'inflamació: es va descartar malaltia sistèmica.

Evolució: millora i desaparició de les lesions després de 2 mesos de tractament, actualment sense cap tractament.

Conclusions i aplicabilitat: és un desafiament per al metge de família perquè hi ha diverses lesions que poden simular o es poden confondre amb una morfea. No hi ha una prova específica per diagnosticar-la. Per tant, primer s'ha de fer un diagnòstic diferencial per descartar altres patologies, i cal tenir una alta sospita, ja que pot passar desapercebuda perquè és poc freqüent.

La morfea inclou diverses malalties autoimmunes del teixit connectiu. Per exemple, l'atrofodèrmia idiopàtica de Pasini i Pierini, un procés cutani atrofiat d'etiologia desconeguda. Bon pronòstic. El tractament d'elecció són els corticoides, metotrexat, tacrolímul i raigs ultraviolats.

NURIA ARGELICH ARGERICH
INGRID ROCA BRASÓ

Contacte:
nuria@argelich.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7784

Fiebre de origen desconocido

Àmbito: atenció primària.

Paciente hombre de 79 años con antecedentes personales de trombocitopenia inespecífica, PNA obstructiva e ITU de repetición, que consulta a su médico de atención primaria (AP) por persistencia de fiebre durante más de 7 días tras el diagnóstico de COVID-19. Se solicita radiografía de tórax, que descarta neumonía. Tras 10 días de sintomatología consulta en el servicio de urgencias e ingresa para estudio. Durante el ingreso se realiza una tomografía computarizada toracoabdominal y craneal, tomografía por emisión de positrones, ecocardiografía y ecografía abdominal sin resultados patológicos. Marcadores tumorales, serologías y anticuerpos negativos. Destacaban los reactantes de fase aguda elevados y anemia. Recibe tratamiento empírico con antibiótico que se suspende y se inicia tratamiento con indometacina con respuesta favorable. Al alta se encuentra asintomático. A los cuatro meses consulta de nuevo al médico de AP por cefalea frontotemporal izquierda, astenia, febrícula vespertina, episodios de coloración azulada en 3 dedos de la mano y dolor mandibular bilateral con la masticación. Además, refiere episodio de visión doble transitoria puntual hace una semana. Se solicita analítica en la que destaca anemia normo-normo, VSG y PCR elevadas, ANA y complemento C3 positivos.

Ante la sospecha clínica de arteritis de la temporal se realizó IC a reumatología y se adelantó la cita prevista con MI. En la exploración destaca pulso de la arteria temporal derecha presente e izquierda ausente. Se realiza biopsia de arteria temporal con resultado compatible con arteritis de células gigantes.

Orientación diagnóstica: arteritis de la temporal.

Diagnóstico diferencial: procesos infecciosos, neoplasias, enfermedades sistémicas.

Conclusiones: la arteritis de la temporal es una enfermedad multisistémica que afecta a adultos mayores de 50 años. Afecta arterias de grande y mediano calibre con predilección por arterias extracraneales de cabeza y cuello. La fiebre aparece en el 25% de los casos.

El paciente dio el consentimiento para el uso de sus datos clínicos para la elaboración del trabajo.

NOEMÍ FÀBREGA RAMON
MÒNICA SOLANES CABÚS

Contacte:
nfabrega.ileida.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7786

Insuficiència cardíaca aguda ecoassistida a atenció primària

Home de 87 anys que consulta la seva metgessa de família per dispnea d'esforç de 3 mesos d'evolució, que s'ha intensificat l'últim mes. Nega tos i febre.

Els antecedents personals són hipertensió arterial, dislipèmia, miocardiopatia amiloideòtica, insuficiència cardíaca i bloqueig AV amb marcapassos, insuficiència renal crònica i hiperuricèmia. Cognitivament presenta demència de tipus Alzheimer, diagnosticada el 2020, actualment GDS 4-5, depressió i insomni. És dependent per a les activitats bàsiques de la vida diària i viu amb la seva dona, que és la cuidadora principal.

Els fàrmacs són: bisoprolol 2,5 mg c/24 h, ramipril 2,5 mg c/24 h, eplerenona 25 mg c/24 h, torasemida 5 mg c/24 h, simvastatina 20 mg c/24 h, donepezil 10 mg c/24 h, sertralina 50 mg c/24 h, alopurinol 100 mg c/24 h i colecalciferol 25.000 UI c/15 d.

En l'exploració destaca increment de 2 kg l'últim mes, edemes a les extremitats inferiors, hipofonesi i crepitants bibasals. Realitzem ecografia pulmonar a la consulta, que objectiva vessament pleural bilateral i cava de 3,3 cm de diàmetre no col·lapsable. Sol·licitem analítica sanguínia amb elevació del peptid pro-BNP de 6.524 i radiografia de tórax amb vessament pulmonar, pinçament dels sins costofrènics i costodiafragmàtic, i cissuritis al pulmó dret.

Iniciem tractament deplectiu i canviem la torasemida per furosemida 20 mg 2 c/dia. Citem al cap d'1 setmana per a ecografia de control. Observem reducció ecogràfica del vessament i del diàmetre de la cava i es valora ajustar el diurètic a 1,5 c/dia. Citem per al cap de 10 dies, es revalora la reabsorció total del vessament i es redueix furosemida a 1 c/dia.

Concloem la importància de l'ecografia pulmonar (més sensible que la radiografia) en el diagnòstic de la descompensació de la insuficiència cardíaca i en la monitorització terapèutica, en funció de l'evolució del vessament i del calibre de la cava. L'aplicació d'aquesta tècnica ofereix una intervenció àgil, segura i resolutiva des de l'atenció primària.

Disposem de consentiment signat.

MARÍA ANDURIÑA LÓPEZ LOSADA
MÓNICA IBÁÑEZ MASFERRER
CHRISTIAN CANO VILLAR

Contacte:
andu.lopez.losada@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7787

Diagnòstic casual de patologies seguint protocols de malalties cròniques a atenció primària

El cribratge i el diagnòstic de la hipertensió arterial (HTA) en atenció primària és una de les consultes més prevalents en el nostre dia a dia.

Es presenta el cas d'un pacient que acudeix a consulta després de constatar xifres de TA altes a domicili. Durant el protocol diagnòstic d'HTA, seguint les recomanacions de mesurament de la TA a la consulta indicades per la guia ESC/ESH 2018 d'HTA, el pacient va rebre finalment un diagnòstic de patologia vascular.

Home de 58 anys, exfumador des de fa 6 anys de 38 paquets/any, amb antecedents de dislipèmia, diabetis *mellitus* de tipus 2 sense tractament farmacològic, cardiopatia isquèmica amb infart agut de miocardi inferolateral Killip I l'any 2016 (stent en artèria Cx.), síndrome d'apnea obstructiva del son en tractament amb pressió contínua positiva de les vies aèries i meniscopatia.

El pacient acudeix a consulta d'infermeria després de detectar xifres altes de TA als controls domiciliaris. Seguint les recomanacions del protocol diagnòstic de l'HTA, es determina la TA als dos braços, constatant xifres de TA al braç dret de 133/73 mmHg i al braç esquerre de 91/65 mmHg.

Infermeria comenta el cas i se cita el pacient.

En l'exploració física, bon reompliment capil·lar distal esquerre, però absència de pols radial; braç dret normal. Es comenta amb cardiologia i recomana fer angio tomografia computada de l'aorta toràctica per descartar patologia vascular: vasculopatia d'artèria subclàvia, coartació aòrtica i altres.

El resultat de la prova evidència un trombe de 35 mm a l'artèria subclàvia esquerra.

Es remet a cirurgia vascular i, atès que el pacient no presenta claudicació de l'extremitat superior esquerra i ja va antiagregat, es decideix continuar amb el mateix tractament i seguiment en 6 mesos.

Arran del cas, s'evidència la importància del seguiment de les guies i protocols diagnòstics en atenció primària.

VIOLETA URIACH TIMONEDA
ANNA FUENTES LLOVERAS
NEUS PÉREZ MANYA
ESTHER CORDERO FERNÁNDEZ
BEATRIZ JIMÉNEZ MUÑOZ
NARIMAN CHAHBOUN

Contacte:
violetauriach@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7788

Vacunem els MPOC!

Objectiu: fer una intervenció per millorar la vacunació antipneumocòccica dels nostres pacients de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Material i mètodes: estudi intervencionista mitjançant la realització de trucades telefòniques a tots els pacients d'MPOC que no tinguin una vacunació antipneumocòccica correcta per proposar la vacunació. Les dades s'obtenen de la revisió de les històries clíniques.

Aquells pacients que acceptin la vacunació seran citats a infermeria de referència per a la realització de la vacuna i posteriorment es confirma la vacunació.

Àmbit d'estudi: atenció primària.

Criteris d'inclusió: pacients amb diagnòstic d'MPOC inscrits en el nostre centre.

Criteris d'exclusió: pacients que no se segueixen en el nostre centre.

Període d'estudi: octubre-desembre de 2019 (prepandèmia).

Resultats: N = 560, 61,8% d'homes i 38,6% de dones. Edat entre 39 i 104 anys, amb una mitjana de 73,42 anys. Fumadors actius: 30,5%, exfumadors 46,8%, fumadors passius 2,1% i no consta 20,6%.

Amb un FEV1 >80% en un 10,5% dels pacients; FEV1 50-80% en un 41,8%; FEV1 30-49% en un 12,7%, <30% en un 1,8% i no consta en un 33,2% dels pacients.

Es va detectar que un 63% dels MPOC no estava correctament vacunat. Es va localitzar telefònicament el 74,1% dels pacients, dels quals van acceptar la vacunació un 86,2% i es va citar amb infermeria referent.

Amb aquesta intervenció, vam passar d'un 37% de pacients correctament vacunats a un 62,7% amb una diferència estadísticament significativa.

Conclusions: aquest estudi es va fer pre-COVID-19 i no es va poder enllestir en la seva totalitat per les circumstàncies, però els resultats obtinguts són prou notables com per veure que hi ha intervencions que poden ser molt útils per a la prevenció.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM
JANINA ARBAT MARSAL
MARIA ANTONIA SABENCH SURIÑACH
ALICIA ARES VILAR
MONTSERRAT ARMANGUE MÁRQUEZ
ANA RENÉ RENÉ

Contacte:
busi.aya@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7789

Resultats de la població vacunada des del punt de vacunació poblacional de Girona

L'objectiu és valorar des del punt de vacunació poblacional (PVP) de Girona la quantitat de gent que té la pauta de vacunació completa.

S'inclouen tots els pacients que van demanar cita des del 9 de desembre del 2021 fins al 28 de febrer del 2022.

Amb els filtres del programa del PVP extraurem dades quantitatives de la població que tingui la pauta de vacunació completa, l'edat, la població amb més mancances d'administració de la 3a dosi i el percentatge de nens de 5-12 anys amb pauta completa. La limitació de l'estudi és que només podem valorar la població que va demanar cita, de la resta de població (que s'ha vacunat en un centre de salut o a altres llocs) no podem extreure'n dades

El resultat és que a més edat més pauta de vacunació completa; a mesura que la franja d'edat va baixant menys cobertura amb la 3a dosi.

També s'observa un augment de la 1a vacunació des de l'entrada en vigor del passaport COVID-19 a Catalunya. I, a la vegada, una baixada molt significativa a partir de la retirada del certificat COVID-19.

JORDI MESTRES LUCERO
MARIA BONICH PIQUE
ALBA MICO SÁNCHEZ
CAROLINA LAPENA ESTELLA

Contacte:
jmestreslucero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7792

Gestió de les incidències amb el tercer nivell assistencial

Objectius: quantificar i categoritzar les incidències detectades quant a derivacions entre un centre d'atenció primària i el seu hospital terciari de referència. Crear un circuit segur i accessible per a la resolució d'incidències i prevenir-ne l'aparició en un futur.

Descripció: va consistir en el registre d'incidències. Se'n detectaren un total de 106 en un centre d'atenció primària, d'abril fins a desembre de 2021. Es recollien mitjançant un full de registre automatitzat les incidències relacionades amb derivacions rebutjades (60%), consultes virtuals no contestades (15%), incidències relacionades amb la inducció de proves o tractaments (10%) i altres (15%). Es va establir un procediment intern de registre d'incidències i resolució, que prioritzava la resolució dins del mateix equip.

Conclusió: aquest circuit va permetre detectar incidències evitables de manera segura per al professional i alhora amb una resposta adequada a les necessitats sanitàries i administratives de les persones ateses.

Aplicabilitat: els resultats quant a nombre d'incidències i la seva resolució són un reflex de la importància de la proactivitat per evitar errors i minimitzar-ne l'impacte en les persones, també entre diferents proveïdors de salut de diferents nivells assistencials.

També es va promoure la comunicació amb l'hospital terciari de referència per col·laborar conjuntament per a la continuïtat assistencial.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRENE RIVERO FRANCO
IRIS RIVERA ABELLO
MARÍA DEL MAR JARQUE MOYANO

Contacte:
ireneriv_1976@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7794

Quando tenemos a Popeye en la consulta

Àmbit: atenció primària, hospital.

Motivos de consulta: acude por dolor y pérdida de fuerza en la extremidad superior izquierda (ESI).

Historia clínica: antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: hombre de 39 años, dolor súbito hace 1 semana, como una pedrada, a nivel de la cara interna de la ESI. No recuerda traumatismo ni sobreesfuerzo previo.

Exploración: codo izquierdo con Integridad cutánea, no edema, no equimosis. No doloroso a la palpación. Disminución de la fuerza del bíceps, y asimetría. Neurovascular distal conservado. Hook test positivo.

Pruebas: ecografía con sospecha de rotura del tendón del bíceps distal. Radiografía del codo sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: rotura del tendón del bíceps distal izquierdo.

Tratamiento: férula posterior de yeso.

Evolución: el paciente continúa con dolor. Se realiza resonancia magnética de hombro y de codo sin alteraciones (descartando rotura tendón bíceps) y electromiograma (EMG): denervación total del bíceps izquierdo (sugiere afectación grave, exclusivamente, de la rama motora del nervio musculocutáneo). Se deriva a neurología que sospecha síndrome de Parsonage-Turner (neuralgia amiotrófica genética) por posible virus intestinal previo. Inicia rehabilitación con recuperación de fuerza y atrofia. Reconsulta por dolor, brusco, en la extremidad superior derecha (ESD), lancinante y sensación de impotencia funcional a nivel proximal, intermitente. Su hija tuvo un cuadro diarreico 2 semanas antes. El EMG muestra el mismo resultado que el anterior para la ESI.

Presenta atrofia de supra e infraespinoso y escápula alada. Siguió con rehabilitación y recuperó fuerza y atrofia de ESD.

Pendiente: estudio genético.

Conclusiones: El síndrome de Parsonage-Turner es una enfermedad rara, pero que debe tenerse en cuenta en cuadros de dolor en la región proximal de los miembros superiores asociados a síntomas o signos neuromusculares. En general, el pronóstico es favorable y la recuperación funcional se produce en la mayoría de los casos.

Las pruebas de imagen no siempre dan el diagnóstico correcto: la anamnesis y la exploración física son fundamentales para establecer diagnósticos de sospecha de entidades raras.

MARIA BONICH PIQUE
JORDI MESTRES LUCERO
CAROLINA LAPENA ESTELLA
ALBA MICÓ SÁNCHEZ

Contacte:
jmestreslucero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7796

Gestió de la COVID-19 per garantir continuïtat assistencial

Objectius: ordenar la demanda assistencial que va suposar l'arribada de la pandèmia per SARS-CoV-19 amb un nou espai assistencial.

Crear un circuit segur i accessible per a l'atenció a la persona amb símptomes compatibles de COVID-19 i assegurar l'activitat assistencial.

Descripció: instal·lació d'una carpa des del maig del 2021 fins avui al costat d'un centre de salut urbà per atendre persones amb sospita de COVID-19. Es va donar cobertura a una població de 21.714 habitants, amb 2 infermeres, 2 auxiliars, 2 gestores de COVID-19 i 2 metges. Es van realitzar 5.109 tests ràpids d'antígens (TAR) i 2.012 PCR. La positivitat global al TAR va ser del 20,12%.

Es van dissenyar circuits per a l'activitat no-COVID-19. La capacitat diagnòstica de condicions no-COVID-19 a la ciutat el 2021 va disminuir un 17% i en aquest centre un 8%. També l'excel·lència clínica va ser superior a la mitjana de la ciutat (87% respecte al 58%). Els estàndards de qualitat assistencial del centre van obtenir puntuacions en el rang d'objectius superiors a la mitjana de la ciutat.

Conclusions: aquest dispositiu i la seva organització van permetre respondre a les necessitats sanitàries i administratives de persones amb símptomes COVID-19 i desenvolupar les tasques habituals assistencials de manera segura.

Hi va haver millors resultats quant a quantitat i qualitat de l'atenció no-COVID-19 respecte a la mitjana de la ciutat.

Aplicabilitat: tenir un espai específic per a l'atenció de la COVID-19, va facilitar la gestió de possibles casos i va potenciar l'activitat ordinària del centre de salut. Això va facilitar bons resultats en el mesurament dels estàndards de qualitat assistencial i en la recuperació de nous diagnòstics respecte a la mitjana dels equips de la ciutat, amb condicions similars. La carpa va ser acceptada satisfactoriament tant per professionals com per usuaris i va potenciar els diferents perfils professionals i millorant l'accessibilitat al centre de salut.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANTONIA CABALLERO ALÍAS
IRATI SARRIUGARTE ONANDIA

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7797

Exsudat i edema escrotal com a símptoma de patologia no genital

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: home de 60 anys amb exsudat de bosses escrotals.

Antecedents: VIH, tabaquisme, hipertensió arterial, dislipèmia. Tractament: gemfibrozil, Hidrosaluretil[®], Rezolsta[®] + Tivicay[®].

Anamnesi: molèsties urinàries, tumefacció genital d'un mes d'evolució i exsudat a bosses escrotals; posteriorment edema a l'extremitat inferior dreta.

Exploració: edema a l'extremitat inferior dreta, gland i bosses escrotals. Adenopaties inguinals bilaterals.

Enfocament familiar: independent per a les activitats de la vida diària. Viu amb parella del mateix sexe.

Proves complementàries: ecografia escrotal: varicocele. Eco-Doppler de les extremitats inferiors: adenopaties inguinals i iliaques bilaterals. Tomografia computada (TAC) abdominal: adenopaties patològiques retrocruclal dret, lligament gastrohepàtic, retroperitoneals/pararenals, territoris ilíacs, femorals i engonals bilaterals. Líquid lliure a la pelvis. Edema de parts toves a la paret abdominal anterior. Lesió nodular a mesorecte dret.

Judici clínic/diagnòstic diferencial: orquioepididimitis. Trombosi venosa profunda (TVP). Neoplàsia de recte. Malaltia limfoproliferativa.

Tractament/evolució: davant una sospita d'orquitis/epididimitis es prescriu ciprofloxacina/12 h. La no millora i l'aparició d'edema a l'extremitat inferior dreta fa sospitar TVP, que es descarta amb eco-Doppler preferent. Per una possible patologia compressiva pèlvica es demana una TAC abdominal preferent amb les troballes abans esmentades.

Es realitza interconsulta sense pacient, preferent, amb medicina interna per continuar l'estudi: colonoscòpia: lesió submucosa amb compressió extrínseca del recte. Gammagrafia i tomografia per emissió de positrons (PET-TAC): malaltia limfoproliferativa metabòlicament activa. Biòpsia del gangli engonal dret: carcinoma escamós. Ecoendoscòpia rectal-punció per aspiració d'agulla fina normal.

Diagnòstic final: carcinoma escamós d'origen desconegut en estadi IV.

Tractament: quimioteràpia pal·liativa.

Conclusions: el paper de l'atenció primària en l'orientació diagnòstica inicial és vital per a la detecció d'un diagnòstic. Un accés ràpid des de l'atenció primària a les proves complementàries i l'oportunitat de les noves vies de comunicació amb el 2n nivell assistencial (interconsulta sense pacient, correu electrònic) poden millorar la capacitat diagnòstica dels professionals de l'atenció primària i la continuïtat en l'àmbit hospitalari.

GISELA OÑATE FERRIZ
MARTA FLORENSA PUIG
FRANCISCO JAVIER MERLO GRAU
ESTER CANO COSTA
NORA GARCÍA I MORALES
GERMAN PORTELA ROSADA

Contacte:
giselaonate@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7800

Diagnòstic i tractament del virus de l'hepatitis C en un centre d'atenció primària. Diferències entre persones d'origen pakistanès i no pakistanès

Objectiu: descriure les característiques dels pacients infectats pel virus de l'hepatitis C (VHC). Explorar les diferències diagnòstiques i de tractament entre les persones pakistaneses i no-pakistaneses.

Mètodes: estudi observacional transversal en un centre d'atenció primària urbana amb 15.616 pacients, 3.185 (20,4%) d'origen pakistanès. S'inclouen tots els pacients adults amb serologia positiva pel VHC: 144 pacients pakistanesos (48,9%) i 150 no-pakistanesos. Anàlisi descriptiu de variables: demogràfiques, analítiques, de tractament, seguiment i grau de fibrosi/cirrosi. Comparació pakistanesos vs. no-pakistanesos amb regressió logística o exacta de Fisher. Limitacions inherents a l'obtenció de dades registrades a la història clínica. Ètica: tractament de les dades de forma anònima, revisió autoritzada pel metge titular.

Resultats: 294 pacients amb serologia positiva de 52,6 anys de mitjana d'edat, el 36,05% són dones. A 237 pacients se'ls determina l'àcid ribonucleic: 45 (18,9%) negatius i 192 (81%) consten que han estat positius. De 158 disposem del genotip: el 3 és el més freqüent (56,9%). 162 pacients comencen tractament i 156 l'acaben, 45 dels quals presenten dificultats de seguiment.

La situació en què es troben els pacients avui és: 39 (13,3%) no curats (VHC crònica), 2 (0,7%) amb hepatitis aguda, 45 (15,3%) curats espontàniament, 146 (49,7%) erradicats (dels quals 54 tenen cirrosi o fibrosi F3-4) i de 62 (21%) es desconeix la situació.

109 pacients acaben el tractament sense dificultats de seguiment, 48 (33,3%) són pakistanesos i 61 (40,94%) són no-pakistanesos, sense ser significatiu ($p=0,17$).

Observem diferències entre pakistanesos i no-pakistanesos en l'edat, $46,8 \pm 9,8$ anys vs. $58,11 \pm 14,2$ ($p<0,001$), en la probabilitat de tenir genotip 3, 49,64% vs. 13,01% ($p<0,001$) i en el temps transcorregut des del diagnòstic fins a l'inici del tractament: 3,5 anys vs. 6,7 ($p<0,001$).

Conclusions: La població pakistanesa és més jove i se'ls tracta més precoçment. Com és una població amb dificultats idiomàtiques i culturals esperàvem trobar adversitats en el tractament o l'evolució de la malaltia que no es confirmen en aquest estudi.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LYDIA VIÑAS CABRERA
MARIA MIÑANA
SERGIO VALERO
SONIA RODRÍGUEZ

Contacte:
lydiavica@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7803

Quiérete mucho. Fórmate mucho. Semana del corazón

Objetivo: principal: recuperar la formación no COVID-19 en todos los estamentos sanitarios del centro de atención primaria (CAP).

Secundario: motivar al personal desde pregrado a estatutario a formarse para formar. A cuidarse para cuidar.

Terciario: premiar la asistencia y añadir el factor sorpresa a la formación.

Descripción: después de 2 años de COVID-19 y habiendo superado la 6.a ola, el equipo referente de cardiología del CAP consideró la celebración de "La semana del corazón" a propósito del 14 de febrero.

Se planificó una experiencia docente-festiva, cumpliendo las normas de reunión vigentes, que incluía las siguientes actividades:

1. Excursión de equipo. Ejercicio cardiosaludable.
2. Sesiones de presentación de casos clínicos cardiológicos, cada día con el liderazgo de un estamento:
 - a) Enfermería (DSI), TCAI incluyendo pre y posgrado.
 - b) Personal administrativo: "Atender a la población impacta en el corazón".
 - c) Medicina pre y posgrado.

Se confecciona un listado de asistentes para un sorteo posterior. Elección del mejor caso clínico presentado.

3. Aperitivo y fin de fiesta: "Cocinar con el corazón". Creaciones o aportaciones para compartir con los compañeros. Entrega de premios a los asistentes, al caso y al plato seleccionado.
4. Decoración del centro. Lema: "Quiérete mucho. Cuidate para cuidar". Punto de Photoshop.

Conclusión: a) A nivel formativo, se han presentado casos clínicos muy interesantes. Para algunos profesionales, principalmente de enfermería, ha sido su primera experiencia como ponentes. Los participantes han destacado la importancia de formarse para formar y compartir experiencias. Respecto a la asistencia, en muchas sesiones se ha superado la media habitual. b) A nivel lúdico, tanto la excursión como el aperitivo fueron valorados muy positivamente por el equipo. c) A nivel motivacional, desde la dirección se ha considerado una experiencia a repetir para fomentar la formación y la cohesión del equipo.

Aplicabilidad: experiencia extrapolable y recomendable, por su grado de aceptación y sus logros tanto a nivel docente como de cohesión del equipo, con presupuesto mínimo.

SANDRA AUDI LAPIEDRA
ELISABET LLOP LOZANO
IGNACIO ALBORCH SIMÓ

Contacte:
audilapiedra@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7804

Acalcúlia

Àmbit del cas: atenció primària i hospitalària.

Motiu de consulta: dona de 23 anys que envia consulta virtual perquè ha detectat una dificultat per fer operacions matemàtiques.

Història clínica: antecedents personals: celiaquia.

Anamnesi: des de fa 8 setmanes, quan realitza operacions matemàtiques (habituals a les assignatures de la carrera que cursa), els seus resultats són invàlids. La seva mare ha de repassar les seves operacions perquè ella no identifica els errors fins que no els assenyalen. Anteriorment mai no havia tingut problemes de càlcul. No presenta alteració del llenguatge ni lectoescriptura. No clínica acompanyant neurològica ni infecciosa. No consum de tòxics ni fàrmacs. No antecedent traumàtic.

Exploració: no focalitat neurològica. S'evidencia la pèrdua de capacitat per fer operacions matemàtiques, tant amb paper i llapis com mentalment.

Proves complementàries: analítica, ressonància magnètica cranial.

Judici clínic: la pèrdua d'habilitat per realitzar problemes numèrics i matemàtics s'anomena acalcúlia. No es tracta d'una dificultat d'aprenentatge (discalcúlia), sinó d'un efecte directe o indirecte de lesions cerebrals.

Es classifica a primària (sovint associat a lesions cerebrals) i secundària (derivat d'un dèficit lingüístic, espacial, d'atenció o d'un altre caràcter cognitiu).

Tractament, plans d'actuació: ressonància magnètica cerebral amb massa única hipodensa al lòbul temporofrontal dret compatible amb glioblastoma.

Evolució: comentat el cas amb el servei de neurologia, se sol·licita prova d'imatge i abordatge a la unitat de memòria.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: l'estudi en profunditat d'alteracions de la salut detectades pels pacients ha de ser sempre una prioritat a les consultes d'atenció primària.

Davant d'un problema de càlcul serà fonamental l'anamnesi i l'exploració neurològica per descartar focalitat, explorar el càlcul i la lectoescriptura.

S'haurà de sospitar en pacients joves de lesions cerebrals, per la qual cosa davant de símptomes i signes atípics caldrà sol·licitar proves d'imatge.

CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
ELISENDA FLORENSA CLARAMUNT

Contacte:
carol_214@hotmail.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7805

Las lesiones de la piel

Àmbit del caso: atención primaria.

Motivos de consulta: callosidades en los pies.

Historia clínica: enfoque individual:

- Antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, gota, hiperplasia benigna de próstata.
- Anamnesis: hombre de 86 años que consulta por empeoramiento progresivo de lesiones en palmas y plantas que aparecieron durante el confinamiento (marzo de 2020). Se realiza primera valoración en octubre de 2020.
- Exploración: hiperqueratosis palmoplantar, base eritematosa y ligera descamación.
- Pruebas complementarias: analítica sanguínea normal, biopsia de piel, hiperqueratosis ortoqueratósica.

Juicio clínico: síndrome paraneoplásico.

Diagnóstico diferencial, identificación de problemas; tratamiento y planes de actuación: se derivó a la unidad de diagnóstico rápido.

Evolución: se realizó tomografía por emisión de positrones con captación focal en próstata y posterior diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4).

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: la pandemia de la COVID-19 ha generado un alto impacto en la medicina, no sólo como infección respiratoria, sino también a nivel global, con un retraso en el diagnóstico de muchas enfermedades.

Por otro lado, las manifestaciones dermatológicas pueden ser una herramienta muy útil para el diagnóstico precoz de muchas enfermedades sistémicas.

JORDI CASANOVAS FONT
BRUNA ROMA VALL
LUCA DEL FIO GIL

Contacte:
jcasanovas@eapvic.org

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7806

No és or tot el que lluu

Àmbit del cas: atenció primària.

Consulta: inestabilitat i antepulsió pèlvica que evoluciona a lumbàlgia resistent a tractaments.

Antecedents: home de 73 anys, amb hèrnia discal lumbar, diabetis *mellitus* de tipus 2, escoliosi i hiperplàsia benigna de pròstata. Tres mesos abans de l'inici del dolor es derivà a neurologia per antepulsió pèlvica i risc de caigudes. Posteriorment començà lumbàlgia i fou valorat per la unitat de raquis: tributari només a tractaments mèdics. S'ajusten els fàrmacs des d'atenció primària i arribant a necessitar mòrfics i infiltracions (unitat del dolor), amb poca millora. En un context de lumbàlgia mal controlada i de claudicació del cuidador, se sol·licita nova analítica: augment de reactants fase aguda i fórmula leucocitària desviada a l'esquerra sense leucocitosi. Se sol·licita tomografia computada abdominal: destrucció de la plataforma superior L5, suggestiva d'espondilodiscitis. Ingressa a l'hospital per a estudi i control dels símptomes.

Proves complementàries: anàlisi de sang inicial normal i electromiograma normal.

Ressonància magnètica inicial amb estenosi dels foràmens lumbar, espondilolistesi degenerativa, estenosi lleu del canal L4-L5.

Telemetria amb escoliosi, osteopènia, espondilosi i signes de discopatia.

Enfocament familiar: el pacient és cuidador principal de la seva parella, amb malaltia greu i limitació important de les activitats de la vida diària.

Diagnòstic diferencial: metastasi o neoplàsia amb afectació òssia, radiculopatia rebel, aixafaments vertebrals, espondilolistesi, estenosi espinal, espondilodiscitis.

Tractament: durant l'ingrés hospitalari mantenen mòrfics i inicien antibiòtic d'ampli espectre a l'espera de resultats dels cultius.

Evolució: es realitza ressonància magnètica que confirma troballa compatible amb espondilodiscitis L4-L5, epiduritis i petites col·leccions paravertebrals. S'aïlla *Parvimonas micra* i es canvia l'antibiòtic segons l'antibiograma. El pacient es manté ingressat durant el tractament amb control parcial del dolor.

Conclusions: la longitudinalitat que caracteritza l'atenció primària ens posa en una situació privilegiada per a què un problema ens faci estar alerta per sospitar altres orígens infreqüents, malgrat que la persistència d'aquest problema es pugui justificar per troballes radiològiques i condicionants socio-sanitaris. *Parvimonas micra* és causa excepcional d'espondilodiscitis detectades en pacients amb lumbàlgia. Una de les hipòtesis en aquest cas és un origen iatrogènic (infiltracions).

JUAN JOSÉ MONTERO ALIA
M^a MERCEDES JIMÉNEZ GONZÁLEZ
ANTONIO CASANOVA UCLÉS
LAURA RODRÍGUEZ GASPÀ
MAITE CID TORRENTÓ
TERESA LLODRÀ NOGUERAS

Contacte:
juanki2003@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7807

Prevalença de *burn-out* als equips d'atenció primària de Catalunya. Distribució per col·lectius

Introducció: les professions sanitàries són especialment sensibles a patir *burn-out*. La prevalença respecte a la població general és superior i es manté elevada a la última dècada. Existeix bibliografia sobre medicina i infermeria en general, però poca sobre l'atenció primària (AP) i menys encara del personal no sanitari que hi treballa.

Objectiu: conèixer el nivell de *burn-out* de tots els treballadors dels equips d'AP del territori.

Metodologia: estudi transversal descriptiu multicèntric realitzat just durant la finalització de l'estat d'alarma el 2021. Mostreig de conveniència sobre un total de 1.200 treballadors de 27 equips d'AP. Es van recollir dades sociodemogràfiques i de *burn-out* mitjançant el test de Maslach versió sanitària (MBI-HSS) amb el criteri de tenir les tres subescales afectades al mateix temps (*burn-out* greu): esgotament emocional (EE) = 27 punts + despersonalització (DP) = 10 punts + realització personal (RP) = 33 punts.

Resultats: taxa de resposta del 30%. S'analitzaren 419 enquestes (80% dones). Per col·lectius professionals: 160 metges/esses, 113 d'infermeria, 112 d'administració (GIS), 22 auxiliars d'infermeria (TCAI), 6 odontòlegs i 6 treballadors socials.

El 24,3% del personal dels EAP pateix *burn-out* greu; els metges, un 28,1%; els GIS, un 25,8%; infermeria, un 20,3%; TCAI, un 18%; odontologia, un 16%, i cap dels treballadors socials.

Si ho desglosem per les subescales de l'MBI-HSS, les puntuacions més altes en EE pertanyen als metges/esses, un 56,8%; en DP, els administratius arriben a un 67,8%, i en RP a infermeria es troben pitjor, un 38,9%.

Conclusions: la quarta part dels treballadors dels EAP pateixen *burn-out* elevat. Un pacient pot tenir assignat professionals cremats de totes les categories professionals, excepte els treballadors socials. Nivells tan elevats de DP a la porta d'entrada del centre d'AP són tant o més preocupants que el nivell global de *burn-out*.

MARIONA CONDOM SIÑOL
CARLA CABRERA SUÁREZ
NARIMAN CHAHBOUN

Contacte:
mariona.condom@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7808

Una causa poc habitual de restrenyiment en dones adolescents

Àmbit del cas: urgències de pediatria.

Motiu de consulta: pacient de 13 anys d'edat que reconsultava per restrenyiment per 6a vegada en dos mesos.

Història clínica: com a antecedent, la pacient presentava amenorrea primària i discreta ferropènia en absència d'anèmia, per la qual cosa havia iniciat ferro oral 2 mesos abans, aleshores va iniciar restrenyiment que havia persistit malgrat l'abandonament del fàrmac. La pacient negava la possibilitat de gestació i destacava l'antecedent de la mare amb menarquia als 10 anys.

Referia deposicions cada 3-4 dies de consistència Bristol de tipus 1 (ritme deposicional habitual previ cada 1-2 dies), que no havia millorat amb laxant diari tipus macrogol, dieta rica en fibra ni amb complements formadors de volum.

En visites prèvies havia presentat alleujament del dolor amb ènemes, que havien estat productius.

En la nostra visita explicava dolor lumbar progressiu en les últimes setmanes, oligúria i dificultat per a l'inici de la micció en les últimes 24 h. Al tacte rectal es palpava una massa anterior i a nivell genital s'observava himen imperforat i bombat, suggestiu d'hematocolpos.

La pacient va ser valorada per ginecologia. Es va realitzar ecografia amb confirmació del diagnòstic i es va realitzar himenotomia amb sortida d'aproximadament 1 l de material hemàtic.

Conclusions: l'hematocolpos es defineix com l'acumulació de sang menstrual a la vagina per l'obstrucció del tracte genital, que en el 90% dels casos es deu a un himen imperforat. Tot i que la pubertat recau en gran part a l'etapa de pediatria, moltes dones poden presentar la menarquia en edats més avançades, pel que hem de conèixer aquesta entitat. A més, el diagnòstic tardà augmenta el risc de complicacions, com infeccions, hidronefrosi, endometriosis o infertilitat.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BRUNA ROMA VALL
JORDI CASANOVAS FONT

Contacte:
brunar@eapsardenya.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7809

L'astènia no sempre és poca cosa...

Àmbit: atenció primària.

Motiu consulta: astènia.

Història clínica: home de 21 anys sense antecedents rellevants.

Consulta per astènia moderada de setmanes d'evolució. Exploració física normal.

Se sol·licita analítica de sang: creatina-fosfocinasa (CPK) 350; resta normal.

La simptomatologia remet espontàniament.

Es realitza nova analítica al cap de 6 i 12 mesos (aquesta darrera després d'explicar una sensació de disminució de força a la cama esquerra i d'augment a la cama dreta, amb exploració estrictament normal): increment progressiu de CPK fins a >3 vegades el límit superior de la normalitat.

El pacient nega exercici intens, consum de tòxics (excepte cànnabis) o presa de fàrmacs o suplementos.

Exploracions complementàries: analítica (perfil tiroïdal, nivells de vitamines, reactants de fase aguda, ionograma, perfil renal): normals. Electrocardiograma sense alteracions.

Diagnòstic diferencial: el principal problema de salut és l'elevació progressiva de CPK en pacient jove amb clínica d'astènia que remet espontàniament; exercici progressivament intens (evita esforços previs a analítiques; la CPK sol normalitzar 3 dies després de cessar l'activitat); traumatismes musculars (nega injeccions o pràctiques que promoguin rabdomiòlisi); distròfies musculars (edat i exploració física sense alteracions); afectació endocrina (paràmetres hormonals normals); trastorns metabòlics (ionograma normal); afectació cardíaca (electrocardiograma sense alteracions i sense clínica); crisis convulsives, ictus (exploració anodina); disferlinopatia (seria possible; són trastorns enzimàtics congènits que es manifesten a l'etapa adulta).

Actuació i evolució: es decideix derivació a neurologia. Després de valorar el cas i les proves, el citen per a 2 mesos després. El pacient es manté asimptomàtic i no acut novament a atenció primària.

Conclusions: la CPK és un enzim que s'expressa al múscul estriat, al cardíac i al cervell. Els valors s'ajusten a edat, sexe i ètnia. Una CPK lleument elevada pot ser normal. L'augment progressiu i elevacions de >1,5 vegades el límit superior de normalitat, s'han d'estudiar. Davant una astènia mantinguda, la CPK és un paràmetre a valorar.

DUNIA PAZ PUIG
RAQUEL AGÜERA LLEIDA
ANNA FORCADA ARCARONS
VICENÇ FENOLLAR PÉREZ

Contacte:
dpaz.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7810

Experiència d'accessibilitat telefònica

Estudiar l'accessibilitat telefònica en centres d'atenció primària (CAP) durant la 6a onada de pandèmia de la COVID-19.

A l'inici de la pandèmia es va realitzar un canvi tecnològic de centraletes en els centres per millorar l'accessibilitat telefònica. Malgrat això, durant la 6a onada es va detectar un percentatge molt elevat de trucades no contestades i, es va decidir fer un estudi.

En l'estudi es va observar el pes relatiu de les trucades dels dies de la setmana, la franja diària de més trucades i el percentatge de trucades ateses.

A nivell de configuració es van realitzar accions tecnològiques: es van ampliar els temps d'espera, es va limitar el nombre de trucades a la cua d'acord amb els agents disponibles i deixant un temps administratiu entre trucades. A nivell organitzatiu es van proposar accions de gestió: assignació d'agents segons dia i hora, dedicació exclusiva a l'atenció telefònica per evitant la multitasca i la utilització de la plataforma virtual de telefonia com a eina de gestió personal.

Un cop realitzades les accions s'observa que el percentatge de trucades ateses ha augmentat respecte la 6a onada, però això és conseqüència de la disminució de trucades entrants. Les accions tecnològiques realitzades no han aportat una millora significativa. En canvi, els centres que han aplicat les accions de gestió proposades han augmentat el nombre de trucades ateses.

Cal seguir realitzant l'anàlisi de l'accessibilitat telefònica, a mesura que els centres vagin implementant canvis organitzatius i de flexibilitat. Així doncs, està en fase oberta i queden pendants un estudi qualitatiu de les trucades, un pla de formació de la gestió de l'atenció telefònica per als agents i el redireccionament de trucades al *call-center* extern.

Aquesta experiència és aplicable a centres que han de canviar el sistema de telefonia a centraletes virtuals per millorar la implementació i en conseqüència millorar l'accessibilitat telefònica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARIONA CONDOM SIÑOL
MARIONA TEIXIDOR CAMPS
ALBERT CASASA PLANA
RUTH BENITO MARTÍNEZ
ELENA FONT MARISTANY
MARTA CRESPO BOIXASA

Contacte:
mariona.condom@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7811

Discinèsia escapular com a possible factor de risc de dolor d'espatlla

La discinèsia escapular (DE) és la condició de mobilitat o funció anormal de l'escàpula que genera una posició escapular alterada en repòs i en moviment. Alguns estudis relacionen aquesta alteració amb l'augment de la incidència del dolor d'espatlla en els esportistes d'elit.

Objectiu: determinar si la presència de DE incrementa el risc de desenvolupar dolor d'espatlla en pacients asimptomàtics de la nostra àrea de salut.

Material i mètodes: estudi de cohorts prospectiu en una mostra de 130 pacients de la nostra àrea de salut. Es va realitzar un mostreig consecutiu amb pacients que visitaven el centre d'atenció primària (CAP) durant l'any 2010 per qualsevol motiu de consulta, diferenciant els pacients que presentaven DE i els que no. D'aquesta mostra, el 53% eren homes i el 46% eren dones, amb una mitjana d'edat de 69 anys i 61 anys, respectivament. Durant el 2022 s'ha realitzat una revisió d'històries clíniques per a identificar els pacients que han presentat dolor d'espatlla posteriorment.

Resultats: dels 130 pacients, inicialment presentaven DE un 45,3%, mentre que el 54,6% no en presentaven. Destaca que la discinèsia era més freqüent en homes (57%) que en dones (31%). Després dels 12 anys de seguiment, no s'observen diferències estadísticament significatives entre els pacients amb dolor d'espatlla que inicialment presentaven DE (25%) i els que no la presentaven (23,73%).

Conclusions: la presència de DE no incrementa el risc de desenvolupar dolor d'espatlla en persones asimptomàtiques en la nostra mostra. El tall de control al cap de més de 10 anys podria ser suficient per detectar diferències, però es tracta d'una mostra petita en la qual hi ha hagut pèrdues (trasllat fora de la comunitat, defuncions). Caldria incrementar la mostra i fer-la poblacional per confirmar els resultats.

MARTA MORROS CASAS
KATERINE DEL BARCO ORELLANA
BRENDA DUCH JUVINYA

Contacte:
maria.morros@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7812

La cefalea des de l'atenció primària... Quin mal de cap!

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: cefalea i dolor ocular.

Història clínica: dona de 70 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2, dislipèmia, sobrepès, polimiàlgia reumàtica fa set anys (tractada amb glucocorticoides orals durant 18 mesos), ansietat i insomni.

Consulta per cefalea temporal dreta associada a dolor ocular dret de 2 setmanes d'evolució i claudicació mandibular l'última setmana. No alteracions visuals, no febre ni síndrome tòxica, no dolor a cintures.

En l'exploració presenta constants correctes, exploració neurològica i oftalmològica dins la normalitat. Destaca hiperestèsia a la palpació de la regió temporal dreta; polsos temporals dèbils simètrics, no engruïment de l'artèria temporal.

Es programa analítica amb reactants de fase aguda en què destaquen velocitat de sedimentació glomerular (VSG) de 45 mm i proteïna C reactiva d'1,36 mg/dl.

Davant la sospita d'arteritis de la temporal es contacta amb el servei de reumatologia i s'acorda l'ingrés hospitalari per a estudi i realització de biòpsia de l'artèria temporal, iniciant-se tractament amb prednisona via oral.

Per a la localització del dolor en el diagnòstic diferencial hauríem d'incloure patologies orbitàries o periorbitàries, cefalees trigeminoautònòmiques i migranya.

La biòpsia confirma el diagnòstic d'arteritis de la temporal i la pacient és tractada amb una dosificació descendent de glucocorticoides orals i tocilizumab.

Conclusions: davant la presència de clínica suggestiva, i especialment en els pacients amb antecedent de polimiàlgia reumàtica, hem de pensar en l'arteritis de la temporal. L'elevació de la VSG referma la sospita diagnòstica (ja que ofereix una alta sensibilitat), però per al diagnòstic de certesa cal fer una biòpsia de l'artèria temporal. La instauració precoç del tractament amb glucocorticoides és fonamental per a evitar possibles complicacions i, per aquest motiu, no s'ha de retardar fins a la confirmació diagnòstica. En aquest sentit, el paper del metge de família pot ser clau en la detecció precoç d'aquesta patologia, i això en determinarà l'evolució.

GABRIEL CUATRECASAS CAMBRA
ANNA AMORÓS TRIAS
BLANCA SIMÓN FABREGAT
PATRICIA MONTENEGRO LAFONT
PAOLA CASTRO WOLFF
SALVADOR GIMÉNEZ SERRANO

Contacte:
gcuatrecasas@capsarria.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7813

Insulinització en diabetis *mellitus* de tipus 2 amb més de 75 anys amb insuficiència renal crònica o cardiopatia

La diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) en majors de 75 anys arriba fins al 50% en el nostre entorn. Sovint, els tractaments són més complexos i s'estima una insulinització del 21%. Les hipoglucèmies s'infrareglisten i el seu risc s'accentua amb la insuficiència renal crònica i s'incrementa el risc cardiovascular.

Objectiu: conèixer les prevalences d'aquests pacients de risc per implementar mesures de vigilància.

Material i mètodes: estudi descriptiu realitzat a un centre d'atenció primària d'una àrea urbana de Barcelona mitjançant dades obtingudes amb el programari de gestió Isis Manager®. La mostra de la població amb DM2 >75 anys fou de 1.112 pacients, un 53% (58,8% dones) dels DM2 totals.

Resultats: de la mostra total, un 24,73% usa insulines (23,2% de les dones).

Les prevalences d'insuficiència renal crònica (IRC) són d'un 17,19 % en població no DM2 >75 anys (14,41% en dones) respecte al 24,73% per als DM2 >75 anys (19,71% en dones). Un 29,45% porten insulina (26,17% de dones).

Les prevalences de cardiopatia (isquèmica o insuficiència cardíaca) són d'un 14,76% de la població no DM2 >75 anys (11,51% dones) respecte al 28,06% per als DM2 >75 anys (20,07% dones). Un 33,65% porten insulina (33,06% dones).

Les prevalences d'una o altra comorbiditat són d'un 23,58% en població no DM2 >75 anys (20,09% dones) respecte al 34,35% per als DM2 >75 anys (29,28% dones). Un 36,65% porten insulina (32,70% dones).

Les prevalences de tenir ambdues comorbiditats són d'un 23,58% en la població no DM2 >75 anys respecte al 18,44% per als DM2 >75 anys. Un 22,44% porten insulina.

Conclusions: usen insulina un de cada quatre pacients de DM2 >75 anys i més en presència de IRC o cardiopatia, fet que augmenta el risc d'hipoglucèmia.

La presència d'una o altra comorbiditat augmenta en un 10,77 % en els DM2 >75 anys respecte a la població no DM2 >75 anys, però en canvi es redueix en un 5,14% quan parlem de les dues comorbiditats alhora.

Les prevalences d'ambdues comorbiditats i de l'ús d'insulina són menors per a les dones.

DIANA CUJBA
VICTORIA MEDIALDEA

Contacte:
betide3@yahoo.es

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7815

Mieloma múltiple. Un diagnóstico nada fácil

Àmbit del caso: consulta de atenció primària.

Motivos de consulta: hombre de 68 años que consulta por problemas de memoria.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Cardiopatía isquémica en 2017, AEC tres vasos.

Acude a consulta por pérdidas de memoria y apatía. En los últimos 2 meses ha perdido muchas funciones instrumentales y se pasa el día en la cama sin hacer nada. Desde hace 10 días presenta dolor lumbar por lo que ha consultado a urgencias hospitalarias donde se ha realizado radiografía y se ha pautado analgesia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ante clínica compatible con deterioro cognitivo se solicita analítica (anemia normocítica, ferrocínica, folato y vitamina B12 normales, calcio y proteinograma normales) y tomografía computarizada craneal donde se objetivan lesiones líticas en calota craneal. En la resonancia magnética lumbar destaca fractura-aplastamiento de L1.

Se plantea diagnóstico diferencial por mieloma múltiple versus metástasis óseas. Se deriva el paciente a medicina interna para completar estudio de lesión lítica en calota craneal y aplastamiento vertebral con analítica no sugestiva de mieloma múltiple. En el hospital se realiza tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) y destacan múltiples lesiones líticas sugestivas de mieloma.

El estudio de médula ósea objetiva el 70% de células plasmáticas.

Tratamiento y evolución: tras la aplicación de quimioterapia por indicación del hematólogo, el paciente ha recuperado sus actividades habituales y presenta dolor leve lumbar. Actualmente continúa el tratamiento con bifosfonatos y seguimiento por hematología.

Conclusiones: el mieloma múltiple es una enfermedad limitante, dolorosa e incurable con un significativo impacto tanto a nivel clínico como social y económico.

El hecho de que la sintomatología del mieloma múltiple sea tan inespecífica hace que la presencia de la enfermedad pase desapercibida para los profesionales de AP, problemática que se ha relacionado con retrasos de hasta 2 años en la obtención de un diagnóstico definitivo.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

FABIOLA DUNYÓ ESTEVEZ
ROSA SENAN SANZ
JOAN MANUEL GASSULLA ROSO
JOSEP LLUIS DE PERAY BAIGES
LLUIS ALBAIGES SANS

Contacte:
fdunyo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7820

Mètode ARC (anàlisi del rol en el cas). Més enllà de la clínica

Objectius: la majoria dels casos de les nostres consultes tenen uns components emocional i psicosocial. Se'ns presenten situacions complexes amb pacients o famílies que ens desconcerten, i no sabem si hem estat capaços de resoldre-les tan bé com podem. Això ens crea malestar emocional. Per això presentem l'experiència amb el mètode ARC que, a diferència d'altres, no pretén solucionar el cas, sinó obtenir-ne més comprensió a través d'una visió complexa i rica del grup de treball, i preservar alhora el professional que el presenta, gràcies a la metodologia de treball en rol i tasca.

Descripció de l'experiència: el mètode ARC l'estem utilitzant des de fa uns anys en la formació dels MIR. S'inclou en un únic taller d'experiències dins la formació oficial. Treballem quatre casos amb tècnica ARC.

L'ARC, té com a bases: la intervisió (treball entre iguals), el treball actiu en grup i la utilització de la metàfora com a element de representació del cas. Durada de 45' a o 60'. De 5 a 11 participants i un coordinador que porta el temps i vetlla que es compleixi l'objectiu.

Metodologia: presentació d'un cas professional. Torn breu de preguntes. Treball de grup, amb el presentador que observa. Presentació i treball amb les metàfores que representen el cas. Hipòtesis sobre la representació de les metàfores respecte al cas. Dilemes, possibles conclusions del grup i del presentador.

Conclusions: els metges valoren molt poder treballar d'una manera diferent per entendre els casos més psicosocials i el paper que hi juguen ells.

Amb l'ARC s'aprofundeix en el cas ràpidament perquè s'utilitza la metàfora com a element transicional/simbòlic per arribar a una comprensió polièdrica del cas. Aplicant-lo regularment, es crea cultura de grup i rebaixa les ansietats dels professionals.

Aplicabilitat: és aplicable a qualsevol equip mitjançant reunions de menys d'una hora des de les 14.00 h fins a les 15.00 h.

CARLA SALLERAS PADERN
PEDRO APARICIO RUIZ DE CASTAÑEDA

Contacte:
carlasalleras.p@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7821

Del llit a l'hort: polimiàlgia reumàtica i la importància de prioritzar el tractament

Per entendre aquest cas cal situar-nos en un àmbit rural, un poble d'uns 400 habitants, que compta amb un petit dispensari mèdic on es visita 2 dies a la setmana.

Aquest cas tracta d'una dona de 81 anys. Entre els seus antecedents més rellevants cal destacar una hipoacúsia que dificulta molt la comunicació i una depressió tractada amb paroxetina, clonazepam i risperidona.

Acut a la consulta per dolor generalitzat que atribuïm a artrosi i iniciem tractament amb paracetamol. La setmana següent el marit de la pacient ve al consultori expressant que la seva dona està enllitada i amb molt de dolor, pel que fem una visita urgent al domicili. Trobem a la pacient al llit. Expliquen que només s'aixeca per anar al lavabo, pràcticament no pot caminar. Té dolor a espatlles, braços i cames, amb debilitat a cintura escapular i pèlvica. En l'exploració no hi ha signes d'artritis ni altres troballes rellevants.

La nostra sospita clínica inicial és de polimiàlgia reumàtica. Es tracta d'una malaltia reumatològica inflamatòria que afecta, sobretot a dones majors de 50 anys. Es caracteritza per debilitat i dolor de cintura escapular i pèlvica característicament simètrics, es pot acompanyar de signes de sinovitis, malestar general, astènia i anorèxia entre altres. Així doncs, iniciem el tractament corresponent, prednisona 15 mg/dia. Programem un control la setmana següent en el qual la pacient es troba pràcticament asimptomàtica, sense dolor i torna a fer vida normal. En aquest cas, una analítica per a l'estudi del VSG i la PCR hagués ajudat al diagnòstic. Per a l'extracció s'hagués hagut de desplaçar la pacient a la ciutat més propera i recordem que estava enllitada.

Sovint la sospita clínica preval sobre la confirmació diagnòstica a l'hora d'iniciar el tractament, però en el cas de la medicina rural és fonamental, per la dificultat d'accedir a exploracions complementàries. Davant la sospita, tractem.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CLAUDIA CURTO ROMEU
ESTER GAVALDA ESPELTA
NÚRIA BRUNET REVERTE
MARIA FERRE FERRATE
M^a TERESA IRIGOYEN GARCÍA
MERCÈ PRINCEP GUART

Contacte:
ccurto.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7824

Participació dels cuidadors i professionals de persones amb demència en el disseny d'intervencions complexes de suport. Anàlisi qualitativa

Conèixer les necessitats i demandes dels cuidadors i l'opinió dels professionals sanitaris de persones amb demència en relació amb aspectes formatius i de suport psicosocial, per dissenyar una intervenció de suport adaptada a les seves necessitats. Conèixer l'impacte i les necessitats causades per la pandèmia COVID-19 en pacients i cuidadors.

Pacients i metodologia: estudi qualitatiu en què la base metodològica va ser la fenomenologia. Es realitzà una anàlisi del contingut temàtic interpretatiu de les demandes i necessitats dels cuidadors i de les opinions expressades pels professionals. Es realitzaren quatre grups focals, tres de cuidadors i un de professionals. Hi van participar en total 12 cuidadors (dividits en grups de sis) i vuit professionals. S'aturà el desenvolupament dels grups seguint el principi de saturació de la informació.

El projecte ha estat aprovat pel Comitè Ètic de Recerca Clínica de la Fundació Institut Universitari per la Recerca a l'atenció primària de salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) (codi P18/072).

Resultats: es realitzà una anàlisi del contingut temàtic amb el programa Atlas-Ti. S'analitzaren les transcripcions literals dels grups gravats de manera anònima. Per assegurar la validesa de l'anàlisi, les dades i els resultats van patir un procés de triangulació. Després de l'anàlisi s'obtingueren cinc categories: significat de tenir cura, repercussions positives i negatives de tenir cura, informació i suport, intervencions d'ajuda per als cuidadors, impacte de la pandèmia de la COVID-19.

Conclusió: conèixer les necessitats i les demandes dels cuidadors de pacients amb demència permet dissenyar una intervenció de suport més adaptada a les seves necessitats.

L'impacte de la pandèmia de la COVID-19 en pacients amb demència i els seus cuidadors posa de manifest un seguit d'efectes sobre la seva salut i ha fet aflorar necessitats de suport. Potenciar models participatius afavoreix l'apoderament de la ciutadania i permet millorar la rellevància i l'impacte de les intervencions.

CLARA ALAVEDRA CELADA
ALBA LLOVET VIAPLANA
DANIEL ESCUDERO LÓPEZ

Contacte:
calavedracelada@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7825

La culpa de l'angor no sempre és del cor

Àmbit: atenció primària.

Motiu consulta: astènia i angor.

Enfocament individual: home de 77 anys amb antecedents d'angor revascularitzat el 2011 i fibril·lació auricular en tractament amb acenocumarol. Consulta per astènia i dolor al braç esquerre en esforç, que li recorda a l'angor, des de fa uns mesos. No pèrdua de pes ni altres símptomes.

Exploració: tons cardíacs arrítmics, murmuri vesicular conservat. No adenopaties axil·lars, supraclaviculars o laterocervicals. Es palpa pol de melsa a la inspiració.

Analítica inicial: hemoglobina 10,7, normocítica, leucòcits i plaquetes normals. Funció renal i hepàtica normals.

Electrocardiograma: fibril·lació auricular, no alteracions en repolarització.

Ecografia a la consulta per la seva metgessa: fetge homogeni, colelitiasi biliar. Esplenomegàlia de 18 cm amb vascularització augmentada, que desplaça el ronyó sense lesions ocupants d'espai.

Analítica a la setmana amb estudi d'anèmia: hemoglobina de 9,9 amb ferrocitètica i fòlic normal. Vitamina B12 augmentada (1.082), neutròfils en banda 4%, metamielòcits 4%, eritroblasts 1%.

Judici clínic: tot i que la clínica és suggestiva d'angor, l'electrocardiograma normal i l'anèmia fan sospitar que sigui un angor hemodinàmic. Amb la confirmació de l'esplenomegàlia a l'ecografia realitzada per la seva metgessa d'atenció primària i l'alteració analítica, la sospita diagnòstica és de síndrome mieloproliferativa.

Pla i tractament: es contacta amb hematologia que sol·licita biòpsia de medul·la òssia i JAK2, que confirmen neoplàsia mieloproliferativa de tipus mielofibrosi i inicien tractament hematoespecífic.

Evolució: el pacient presenta mala evolució, amb transformació leucèmica, i és èxitus als 10 mesos.

Conclusions: importància de l'anamnesi i exploració física completa per al diagnòstic des d'atenció primària.

Disposar de l'ecògraf a la consulta va agilitzar el diagnòstic i va facilitar la coordinació primària-hospital. Amb l'analítica i l'esplenomegàlia per ecografia es va contactar amb hematologia, que va demanar ja biòpsia de medul·la òssia per confirmar el diagnòstic.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NÚRIA BRUNET REVERTÉ
ESTER GAVALDÀ ESPELTA
CLÀUDIA CURTO ROMEU
M^a TERESA IRIGOYEN GARCÍA
MERCÈ PRÍncep GUART
MERITXELL LLUÍS LLANSAMÀ

Contacte:
nbrunetr.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7828

Programa d'estimulació cognitiva en pacients amb deteriorament cognitiu lleu-demència lleu. Estudi pilot

Objectiu: avaluar l'efectivitat de l'estimulació cognitiva en persones majors de 65 anys diagnosticades de deteriorament cognitiu lleu/demència lleu.

Material i mètodes: estudi pilot d'intervenció paral·lel, controlat i aleatoritzat amb participants amb deteriorament cognitiu lleu i demència lleu assignats a un grup intervenció (n = 9) i a un grup de control (n = 9). La intervenció va ser grupal, d'1 h 30 minuts, 2 dies a la setmana durant 7 setmanes (en total 14 sessions) en una associació de familiars d'Alzheimer. Es van utilitzar el Test MiniMental-Lobo per establir el deteriorament cognitiu, l'escala de Blessed i el test de Lawton i Brody per l'estat funcional, i l'escala de Yesavage per a la depressió. Anàlisis estadístiques: es va passar el test de Shapiro Wilk per comprovar el test de normalitat; per a les variables quantitatives, t de Student i per a les categòriques, khi quadrat. Limitacions: grandària reduïda de la mostra i poques sessions realitzades. CEIC de l'Institut Universitari d'Investigació en atenció primària Jordi Gol (20/030-P)

Resultats: el grup de control no va mostrar diferències abans i després de la intervenció. En canvi, el grup d'intervenció va millorar significativament el deteriorament cognitiu (p=0,048) tot i que es van mantenir en el mateix rang. A més, van millorar l'estat funcional (p=0,049), tot i que també es van mantenir en el mateix rang. Dels 18 pacients elegits, es va perdre un de cada grup per motius de malaltia.

Conclusions: aquest estudi ha demostrat l'efectivitat de l'estimulació cognitiva en persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència lleu, ja que ha augmentat l'estat cognitiu i s'han mantingut a nivell funcional i emocional. A més, els participants van mostrar una millora en la conducta, amb un menor retraïment i una menor irritabilitat, i això augmentà el benestar de la persona i la seva família.

LAIA ONIEVA GIL
ANNA QUINTANA VIVES
MARIA MASMITJA SABATÉ

Contacte:
lonieva.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7829

Galactorrea

Dona de 35 anys, natural d'Hondures, no AMC, no hàbits tòxics, no lactant TPAL 3-0-0-3 part eutòcic.

Medicació habitual: levonorgestrel/etinilestradiol 100/20 mcg, omeprazole a demanda.

Antecedents personals de pirosi d'anys d'evolució. El 2018, *Helicobacter pylori* positiu pel que es va realitzar tractament erradicador efectiu, des de llavors en tractament amb omeprazole a demanda.

Consulta per exacerbació d'epigastràlgia i plenitud postprandial, cremor esofàgic intermitent que millora, però no del tot, amb omeprazole, sense melenes ni altra clínica associada, exploració física sense troballes destacables.

Amb l'orientació diagnòstica d'exacerbació de dispèpsia sense clínica d'alarma vam provar canvi d'inhibidor de la bomba de protons a pantoprazole i levosulpirida, amb els àpats i control clínic.

En el control, la pacient a nivell digestiu es troba asimptomàtica, però veiem en el curs clínic, ja que ella no comenta que presenta des de fa un mes galactorrea bilateral pel que ha anat a ginecologia on s'ha realitzat exploració física normal i ha sol·licitat mamografia i analítica amb prolactina. Revisem analítica amb prolactina elevada, 3.500 macroprolactina normal. En l'interrogatori dirigit refereix que la galactorrea coincideix amb l'inici de la medicació. Expliquem que probablement es tracta de galactorrea secundària a la medicació, pel que recomanem retirar levosulpirida, tot i que la pacient es mostra refractària perquè li ha resolt la clínica. Finalment acordem retirar levogastrol i control clínic i analític 2 mesos després.

En el control, refereix que quan va deixar la levosulpirida va desaparèixer la galactorrea. L'analítica de control mostra prolactina normal. Del tema digestiu està estable amb pantoprazole i en la visita de ginecologia proves complementàries normals, pel que mantenim pantoprazole i orientem a galactorrea secundària a medicació.

Creiem que aquest cas és útil en la pràctica clínica per tenir present sempre els fàrmacs en els símptomes guia i evitar entrar en la cascada terapèutica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARÍA ROSA SENAN SANZ
CECILIA BASSEDA BALLESTER
SANDRA PONS FERNÁNDEZ

Contacte:
rosasenan@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7831

Pruïja cutània. La seva relació amb la psique i l'aparell locomotor

Àmbit del cas: atenció primària,

Motius de consulta: taca que pica i cou a l'esquena.

Història clínica: pacient de 48 anys, natural de Perú, que treballa com a caixa i reposadora a un supermercat. Com a antecedents personals destaquen trastorn per ansietat crònica, cervicàlgia i lumbàlgia crònica que temps enrere s'havien estudiat. Es van atribuir a sobrecàrrega muscular pel tipus de treball que desenvolupa. Acudeix a la consulta perquè li pica i cou una taca a l'esquena, que se l'ha vista fa una setmana, però desconeix quant temps fa que la té. En l'exploració física presenta una màcula hiperpigmentada d'uns 8 cm x 15 cm a la regió lumbar dreta, amb signes de gratat, com excoriació i discreta liquenificació. Inicialment se li va prescriure prednisolona en crema per sospita de líquen simple sobre probable nevus de Becker, però va tornar al cap de 3 setmanes perquè no acabava de remetre la clínica. Se li va reexplorar i es va fer també valoració de l'aparell locomotor, que mostrà discret dolor a la palpació de la musculatura paravertebral ipsilateral i Lasègue positiu. Se li va demanar estudi de tomografia computada lumbar, que mostrava discopatia degenerativa dorsolumbar de lleu a moderada. Destacava estenosi foraminal L5-S1 bilateral amb probable compressió del gangli nerviós L5 dret. Lleu estenosi del canal raquidi central en L3-L4. Amb aquestes troballes es va arribar al diagnòstic de notàlgia parestèsica lumbar dreta. Se li va prescriure tractament amb amitriptilina 25 mg/nit, amb millora important dels símptomes. Està pendent de tractament rehabilitador.

Conclusions: és important fer una valoració física global dels pacients que presenten trastorns que semblen psicossomàtics, ja que si no valorem en detall totes les possibles etiologies físiques, se'ns pot escapar la veritable natura del problema i no podrem tractar correctament el pacient.

CARME DE CASTRO VILA
IMMA FROU LLENAS
ADRIA PRAT SALA
LAURA ALBERT CARRASCO

Contacte:
mentxu99@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7832

Violència masclista. La força d'un testimoni en la docència de residents de medicina familiar i comunitària

Objectius de l'experiència: sensibilitzar per a la detecció de situacions de violència masclista (VM).

Conèixer indicadors de sospita de VM.

Millora d'habilitats dels residents per preguntar sobre situacions de VM.

Descripció de l'experiència: en la formació dels residents de medicina familiar i comunitària hi ha un programa amb contingut teòric que es realitza durant tota la residència. Des de fa 10 anys s'organitza un taller sobre VM. L'objectiu del taller és sensibilitzar els residents en la detecció de situacions de VM, entendre que es tracta d'un problema de salut i que és causa de gran patiment per part de les dones.

Fa 3 anys, en el darrer taller presencial, vam demanar a una pacient que donés el seu testimoni de com havia viscut la situació en una relació anterior. El taller constava de dues parts: una primera part amb una exposició sobre VM (cicle de la violència, causes, situació en els nostre entorn, eines de detecció...), i una segona part en la qual la pacient va explicar les seves vivències durant més de 20 anys en una relació anterior. Se li va facilitar un guió.

Conclusions: l'experiència per a la pacient va ser molt positiva, ja que la va viure com una ajuda per a altres dones que poguessin trobar professionals sensibles i atents per a detectar la situació que havia viscut.

Per als metges i metgesses residents que van participar en el taller va ser una experiència intensa, pel fet de sentir-ho en directe. Va ser un dels tallers més ben valorats.

Aplicabilitat: pensar en el testimoni de pacients en la formació en VM. Pensem que, per la nostra experiència, és una eina que ajuda a entendre el patiment i la importància de considerar-ho un problema de salut.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANGELS PELLICER JACOMET
PILAR GRAU CABRERA
ELISABET GÜELL FIGA
ANNA PRADA COMPTA
MARIA CARRILLO CAMPS
ELENA SORIANO SUÁREZ

Contacte:
apellicer.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7833

Anem a insulinitzar. Sabem els consells que cal donar?

Objectiu: avaluar els coneixements sobre l'administració d'insulina dels professionals d'atenció primària.

Explorar la necessitat de formació i material de suport.

Descripció: s'ha realitzat una enquesta als professionals sanitaris d'un EAP (26 metges i 40 infermeres) que dona cobertura a 48.066 persones. L'enquesta s'ha realitzat mitjançant Google Drive i s'ha enviat per WhatsApp.

Consta de 3 blocs de preguntes: descriptives (professió, edat i sexe), sobre coneixements i sobre la necessitat de formació i de disposar de material de suport (escala de puntuacions d'1 a 10).

Resultats: s'han obtingut 31 respostes (47% del total enviat). El 87% són dones. L'edat mitjana és de 43 anys (desviació estàndard [DE]= 10, 2). Només han respost 4 metges.

El 100% ha respost que cal purgar les plomes, el 51,6% és coneixedor que cal fer-ho en cada administració i la resta creu que cal purgar quan es canvia el cartutx.

Un 93,5% ha respost correctament que cal purgar amb 2 Ul d'insulina.

Només un 35% ha respost que cal canviar l'agulla en cada administració, el 45% creu que cal fer-ho cada 48 h i el 19,4% cada dia.

El 61,3% ha respost correctament que un cop injectada la insulina l'agulla ha d'estar a la pell durant 5 s.

El 48,4 % és coneixedor que un cop iniciada una ploma es pot conservar per sota de 30 °C, la resta creu que cal conservar-al a la nevera.

La puntuació mitjana sobre la necessitat de disposar de material escrit per facilitar als pacients que inicien tractament amb insulina és de 9,4 (DE = 0,9) i sobre la necessitat de rebre formació de 9,1 (DE = 1,7).

Conclusions: l'enquesta ha evidenciat que cal millorar els coneixements dels professionals d'atenció primària referents a l'administració d'insulina i, per tant, cal formació al respecte i elaborar material de suport.

JOSÉ JOAQUÍN GERONA ALARCÓN
RAQUEL GIRONA REAL
GEORGINA VIDAL MANSILLA

Contacte:
ijgerona.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7835

Alimentant fongs amb sucre

Àmbit del cas: atenció primària, àmbit rural.

Motiu de consulta: disúria.

Antecedents patològics: exfumador, hipertens, dislipèmic, diabetis *mellitus* de tipus 2, cardiopatia isquèmica revascularitzada, triple *by-pass* coronari, fibril·lació auricular, hipertròfia de pròstata i neoplàsia de colon dret.

Tractament: Sintrom®, bisoprolol, enalapril, furosemida, omeprazole, pitavastatina, tamsulosina, empaglifozina.

Història clínica: home de 80 anys a qui se li realitza una hemicolectomia dreta i presenta una peritonitis secundària que requereix ingrés a la UCI l'octubre de 2020. Un mes després ens consulta per clínica urinària des de l'alta hospitalària. L'orina és molt tèrbola i la tira reactiva no mostra leucocitúria. A l'urinocultiu s'objectiva 10.000 UFC de *Candida krusei* i es prescriu fluconazole 200 mg/24 h durant 7 dies. Per persistència de la clínica i de *C. krusei* en el nou cultiu, es repeteix el mateix tractament durant 3 setmanes. Es practica una ecografia on es visualitza a la bufeta urinària un contingut ecogènic, mòbil de 35 cc de volum, que s'orienta com a *fungus ball* (micetoma). Se sol·licita cistoscòpia i es retira tractament amb empaglifozina. A les 72 h, el pacient refereix millora clínica important. Repetim l'ecografia i ja no es visualitza la imatge descrita anteriorment. Quan se li realitza la cistoscòpia, la clínica urinària ha desaparegut i no s'objectiva presència de cap massa a la bufeta urinària.

Judici clínic: *fungus ball*.

Conclusió: tot i que el *fungus ball* és una entitat relativament rara, és conegut el risc dels inhibidors del cotransportador de sodi i glucosa de tipus 2 de contribuir a augmentar les infeccions urinàries. En aquest cas, es dona la combinació d'un pacient que acabava de sortir de la UCI, immunodeprimit i que havia estat sondat, amb la presa d'un fàrmac glicosúric que va contribuir a perpetuar la infecció fins que es va retirar.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ESTER GAVALDÀ ESPELTA
JORDI BAUCCELLS LLUIS
MARIA FERRÉ FERRATÉ
BEGONYA TOMÁS NAVARRO
CLAUDIA CURTO ROMEU
MERCÈ PRINCEP GUART

Contacte:
egavalda.ebre.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7836

Implementació d'una intervenció basada en un model integrador dels sectors de salut i social per millorar la qualitat de vida i l'atenció dels pacients crònics. Assaig clínic d'un grup únic

Objectius: avaluar l'efectivitat d'una intervenció innovadora d'integració dels serveis sanitaris i social sobre la qualitat de vida de pacients crònics o en situació de dependència, així com l'adherència al tractament, l'assistència rebuda i la sobrecàrrega de persones cuidadores.

Mètodes: assaig clínic quasiexperimental basat en una intervenció multicèntrica d'assignació d'un sol grup. La intervenció salut + social consisteix a promocionar la coordinació dels serveis sanitaris i socials mitjançant una aplicació web que permet la comunicació i el flux d'informació constant entre els professionals dels diferents sectors (atenció primària, serveis socials i especialistes hospitalaris), per dur a terme una atenció coordinada. La grandària de la mostra s'estima en 120 subjectes. Les mesures dels diferents indicadors d'efectivitat de la intervenció (qualitat de vida, adherència al tractament, assistència rebuda i sobrecàrrega dels cuidadors) són avaluades mitjançant qüestionaris específics (EQ-5D-3L, Morisky-Green, IEXPAC i Zarit) prèviament a la intervenció, al cap de 6 mesos i 12 mesos després. Aquest estudi té aprovat el CEIC per IDIAP Jordi Gol (codi P17/100).

Resultats: la implementació d'un model integrat d'assistència sanitària i social mitjançant l'ús de tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) va augmentar la detecció de casos nous susceptibles de rebre atenció integrada específica en el cas de condicions de cronicitat o dependència social, així com els serveis sanitaris i socials oferts a aquests pacients. A més, la qualitat de vida relacionada amb aspectes de la salut, com el dolor o el malestar i l'ansietat o la depressió, i l'adherència al tractament milloren significativament.

Conclusions: els models d'atenció integrada poden facilitar l'accés als serveis sanitaris i socials, augmentar la percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients crònics i el compliment del seu tractament. La millora en l'accés i l'atenció de pacients amb malaltia crònica o dependència social pot tenir implicacions importants per als cuidadors i els professionals dels serveis d'atenció que lluiten per adaptar-se a la demanda assistencial creixent d'aquest tipus de pacients.

JUDIT BONCOMPTE TORRES
NÚRIA GALÍ GIMENO
MARTA CASTELLÓ ALONSO

Contacte:
juditboncompte@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7838

Una deformitat que crida l'atenció

Dona de 59 anys que acudeix a urgències d'atenció primària per dolor plantar del peu esquerra de 3 setmanes d'evolució. En l'exploració física destaca una butllofa d'uns 7 cm de diàmetre que des d'urgències es decideix desbridat. Sense signes de sobreinfecció local.

La pacient acudeix diàriament per a realitzar cures d'infermeria. En una de les visites es fa una valoració conjunta amb la seva metgessa de família. En l'exploració física crida l'atenció una tumoració a nivell dorsal del peu esquerra d'uns 8-10 cm de diàmetre, de consistència òssia, no dolorosa a la palpació. Es revisa la història clínica i no consten antecedents previs, ni exploracions complementàries de cap tipus. Destaca que no ha vingut mai a visitar-se al centre de salut. La pacient explica inici de la deformitat fa 5 anys i que durant els últims mesos ha augmentat de grandària i ha aparegut dolor.

Se sol·licita una analítica sanguínia de cribatge de malalties cròniques i una radiografia del peu esquerre.

L'orientació diagnòstica és un procés neoforatiu ossi a nivell tarsal que ha provocat ulceració plantar del peu.

En l'analítica destaca glucosa de 335 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 13,3% i microalbuminúria lleu. Es diagnostica de debut diabètic de tipus 2 i s'inicia tractament amb dos antidiabètics orals.

Posteriorment, es revisa la prova d'imatge en què s'observa alteració de la anatomia radiològica amb luxació tarsometatarsiana i signes de destrucció òssia que suggereixen artropatia de Charcot.

Finalment, s'orienta com a artropatia de Charcot com a complicació diabètica.

La neuroartropatia de Charcot és una patologia degenerativa, crònica i progressiva, resultat de la falta de percepció sensorial per alteració nerviosa. La diabetis *mellitus* és el principal factor de risc per desenvolupar-la i és important incloure-la dins de la síndrome del peu diabètic. En aquest cas s'ha fet el diagnòstic de debut diabètic al mateix temps que s'ha diagnosticat una de les seves complicacions.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

BEATRIZ ORTIZ-VILLAJOS TORRESANO
BANNESA GALAGARZA TERAN
ISABEL ALVARADO ESTUDILLO

Contacte:
bea_torresano@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7839

Medicina de familia como puerta de entrada

Àmbit del caso: primària, hospitalaria i pal·liatius.

Motius de consulta: dolor abdominal, hematomes.

Historia clínica: enfocament individual: pacient de 42 anys amb antecedents de quiste axials i avortament en 1.º trimestre, que el darrer mes presenta fatiga, dolor en hipocondri dret i epigàstric, orina colúrica i hematomes espontànies en membres inferiors sense traumatisme, per lo que acudeix al centre d'atenció primària.

Exploració física: estable HD, icterícia de pell i mucoses, múltiples hematomes en extremitats inferiors, abdomen distès, lleu dolor a la palpació generalitzada, no semiologia ascitis, hepato i esplenomegalia de uns 3-4 travesos de dit, no adenopaties.

Se realitza analítica urgent que destaca bicitopenia (hemoglobina 9,7; plaquetes 80.000), augment de DD i transaminasèmia (AST 115). Se orienta com a probable púrpura trombocitopènica i se deriva al hospital. Se realitza nova analítica i se objectiva empeorament d'anèmia (7,9), TP allargada i hiperbilirrubinèmia (directa).

Se descarta púrpura trombocitopènica trombòtica. Se ingressa per estudi de hepatopatia primària.

Proves: radiografia de tòrax, ecocardiograma i exploració ginecològica normals, electrocardiograma amb taquicardia sinusal. Serologia de virus hepatotrofos negativa. Autoimmunitat negativa excepte per anticòrps anti músculo lís 1/80 UFH.

En ecografia abdominal, tomografia computaritzada (TAC) abdominal, fibrogastroscoopia i TAC de tòrax se observa hepatoesplenomegalia amb fibrosi F2, atelectàsia pulmonar lineal vs. cicatricials en lòbuls inferiors dret i esquerre. Se descarta trombosi. Després dels resultats se sol·licita biòpsia hepàtica que mostra fibrosi perisinusoidal focal compatible amb angiosarcoma hepàtic.

Se completa estudi amb resonància magnètica hepàtica que conclou: angiosarcoma hepàtic (per correlació histològica) que suggereix patró difús. Hepatoesplenomegalia, signes de hipertensió portal, ascitis i adenopaties en hili hepàtic.

Després dels resultats se confirma que no hi ha opcions de tractament curatiu.

Juici clínic: púrpura trombocitopènica, hepatopatia primària, hepatitis autoimmune.

Tractament i evolució: la pacient i la família rebé atenció amb cures de suport per part de cures pal·liatives i finalment falleix.

Conclusions: en medicina de família fem un treball essencial, ja que som la porta d'entrada dels pacients.

ANTONIA CABALLERO ALÍAS
IRATI SARRIUGARTE ONANDIA
JOHANNA CARMINA ARIAS REYES

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7841

La importància de l'atenció primària en un cas d'hipertensió arterial de difícil control

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 70 anys amb xifres elevades de tensió arterial.

Antecedents: hipertensió arterial (HTA), discopatia lumbar, malaltia de Bowen, artrosi. Tractament: manodipina, espirolactona, gabapentina, paracetamol, fentanil.

Anamnesi: pacient amb hipertensió arterial ben controlada que presenta mal control de la tensió arterial durant l'últim any, malgrat que té una bona adherència al tractament.

Exploració: auscultació cardiorespiratòria, abdomen i resta normals. TA: 191/78 mmHg; 168/73 mmHg; 171/83 mmHg.

Enfocament familiar: independent per a les activitats de la vida diària. Divorciada, viu amb una filla.

Proves complementàries: davant la progressiva elevació de les xifres de TA de predomini sistòlic (199 i 212 mmHg), s'inicià canvi en el tractament i es prescriu diferents grups terapèutics (sols o en associació) per assolir un millor control (antagonistes del calci, inhibidors de l'enzim conversiu d'angiotensina, diürètics, bloquejadors beta i antagonistes dels receptors de l'angiotensina II). La pacient compleix amb les recomanacions d'estil de vida i adherència al tractament. Inicialment la TA millora, però sense disminuir per sota de 145/90 mmHg. Es decideix iniciar estudi de l'atenció primària: analítica de sang i orina normals; electrocardiograma normal; ecografia renovesical preferent mostra nòdul dret de 20 mm; tomografia computada abdominal preferent amb quist renal esquerre simple de 21 mm. Imatge nodular de 22 mm x 24 mm al ronyó dret compatible amb tumor renal.

Juici clínic: tumoració renal dreta.

Tractament/evolució: derivació urgent a nefrologia via diagnòstic ràpid. Tractament: nefrectomia radical laparoscòpica dreta; estudi anatomopatològic: oncocitoma sense invasió venosa ni limfàtica. Millora de l'HTA: 136/66 mmHg, 132/79 mmHg, 112/61 mmHg.

Conclusions: l'oncocitoma és un tumor benigne, poc freqüent, clínicament asimptomàtic en la majoria dels casos i de detecció incidental. En aquest cas va originar una descompensació d'una HTA prèviament ben controlada. L'atenció primària no només ha d'avaluar els factors modificables que influeixen en un mal control de la TA (estil de vida, dieta, adherència) sinó que també té la capacitat per fer diagnòstics d'importància clínica rellevant.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ALBA LLOVET VIAPLANA
CLARA ALAVEDRA CELADA
SERGI CALERO CAMPO

Contacte:
alballovet@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7842

El Pla d'Intervenció Individualitzada Compartit, una bona eina

Àmbit del cas: atenció domiciliària.

Motius de consulta: dispnea.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: dona de 78 anys amb funcions superiors conservades i autònoma per a les activitats bàsiques de la vida diària. Com a antecedent presenta neoplàsia de colon lliure de malaltia portadora de colostomia i disfàgia.

Anamnesi: dispnea súbdita secundària a possible broncoaspiració mentre la pacient sopava.

Enfocament familiar i comunitari: és una monja que viu en una residència amb altres germanes.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

Un metge d'urgències visita la pacient al domicili. La troba amb insuficiència respiratòria i el metge assumeix que la pacient té demència i dependència, i inicia tractament pal·liatiu.

El dia següent visito la pacient al convent. Està desperta, sense insuficiència respiratòria i menjant.

Tractament i plans d'actuació: retiro el tractament pal·liatiu i inicio antibioteràpia. Completo el pla d'intervenció individualitzada compartit (PIIC) on explico la situació basal de la pacient i les seves preferències.

Evolució: la pacient es recupera completament de la broncoaspiració.

Al cap de 6 mesos en presenta novament i torna a ser visitada per un metge de guàrdia. Aquest revisa el PIIC i les urgències. Acaba ingressada a semicrítics.

Conclusions: és important saber l'estat basal dels pacients per determinar el tractament a seguir. Un PIIC complementat de manera adequada és una bona eina per ajudar a prendre decisions a aquells metges que no coneixen els pacients.

JUAN GUILLERMO GÓMEZ CURIESES
EUGENI FERNÁNDEZ MASS
MARIA DEL MAR RODRÍGUEZ

Contacte:
jgcurieses@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7843

Hiperpotasemia, a propósito de un caso

La enfermedad de Addison se caracteriza por una insuficiencia de las glándulas suprarrenales, lo que conlleva una carencia de hormonas suprarrenales y afecta el equilibrio de agua, sodio y potasio en el organismo, así como la capacidad de normalizar la presión arterial y de reaccionar ante el estrés. Aparece a cualquier edad y afecta por igual a ambos sexos, en el 70% de los casos la causa es desconocida.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años con antecedente de hipotiroidismo, que consulta en el CAP por un cuadro de dolor articular generalizado, fatiga, astenia y malestar general. En el examen físico destaca el aumento de la tensión arterial e hiperpigmentación de piel y mucosas. En los análisis clínicos destaca la presencia de hiperpotasemia, hiponatremia, disminución de cortisol basal y anticuerpos anti capsula suprarrenal positivos. Debido al empeoramiento clínico, la paciente fue trasladada para manejo hospitalario donde mejoró progresivamente con reposición hídrica y tratamiento con corticoides hasta quedar asintomática. Con el anterior caso se plantea la importancia de la valoración presencial de los pacientes y se plantearon diagnósticos diferenciales de hiperpotasemia.

JUAN GUILLERMO GÓMEZ CURIESES
EUGENI FERNÁNDEZ MASS
MARTIN CEBOLLADA DEL MISTERIO

Contacte:
jgcurieses@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7845

Poliartritis, a propósito de un caso

La enfermedad gonocócica diseminada es una manifestación infrecuente de la afectación por *Neisseria gonorrhoeae*, que presenta una clínica variada. La afectación articular es un hallazgo característico. La artritis gonocócica es una forma de artritis séptica que se presenta cuando la bacteria se disemina en las articulaciones a través de la sangre y en ocasiones afecta más de una articulación. Presentamos el caso de un hombre de 61 años con antecedentes de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, que consulta en el centro de atención primaria por un cuadro de poliartritis y fiebre. Es trasladado a urgencias del hospital de referencia para valoración y ampliar estudios complementarios porque se piensa en un posible brote de enfermedad reumática. Se realizó artrocentesis de rodilla y se obtuvo un líquido sinovial de aspecto purulento, que en el estudio microbiológico se identificó como *N. gonorrhoeae*. Se le inicio cobertura antibiótica y tratamiento antiinflamatorio con no esteroideos y prednisona: se consiguió mejoría clínica. Dentro de la valoración del paciente destaca la importancia de una buena anamnesis y se plantearon diagnósticos diferenciales de un posible brote de enfermedad reumática.

ANE GONZÁLEZ DÍEZ
MARÍA ÁNGELES MÉNDEZ TRÍAS

Contacte:
ane.glez.diez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7846

¿Qué puedo comer, doctora?

Motivo de consulta: vómitos y dolor abdominal.

Historia clínica:

- Anamnesis: hombre de 78 años consulta por náuseas, vómitos y dolor abdominal de 3 días de evolución. Refiere que todo lo que come le sienta mal. Le gustaría saber qué alimentos debe ingerir. No fiebre ni diarrea. Niega ingesta de alimentos en mal estado, no convivientes con misma sintomatología.
- Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, nunca fumador, consumo esporádico de 2-3 cervezas el fin de semana, dislipemia en tratamiento farmacológico, diabetes *mellitus* desde 2006 con insulino terapia desde hace 3 años. No cardioneuropatías conocidas. Nefropatía multifactorial en seguimiento por nefrología. Hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D (resuelto) y a insuficiencia renal crónica. Tratamiento habitual: insulina lantus (0-0-14), insulina humalog (3-10-0), simvastatina, Optovite® 1/mes.
- Exploración física: hemodinámicamente estable. Abdomen globuloso, blando y depresible, se observa hernia umbilical incarcerada no reductible con placa de celulitis de 1 cm de diámetro.
- Enfoque familiar y comunitario: viudo desde hace 7 años, tiene dos hijos emancipados que viven cerca y con los que mantiene buena relación.
- Juicio clínico: hernia umbilical incarcerada.
- Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, absceso.
- Plan de actuación: derivación a hospital de referencia.
- Evolución: se interviene de urgencias con buena evolución y recuperación.

Conclusiones: vivimos una época en la que las diversas y variadas exploraciones complementarias gozan de un enorme prestigio tanto entre la comunidad médica como entre la población general. De alguna manera se está perdiendo el "arte de la medicina": una buena anamnesis y exploración física, sin duda nuestras mejores armas en la consulta.

Este caso recalca la importancia de la exploración física en atención primaria. Los pacientes no siempre son conscientes de la gravedad de sus signos y síntomas si no les son explicados, como en este caso, en el que la única preocupación del paciente era saber qué alimentos podía tomar.

ANTONIA CABALLERO ALÍAS
IRATI SARRIUGARTE ONANDIA
CARMINA POBLET CALAF
LEONOR SÁNCHEZ CORTIELLA

Contacte:
acaballero.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7848

Malaltia crònica complexa i salut mental en grups psicoeducatius (estudi observacional; és un treball intern dels referents en grups psicoeducatius del centre, amb el coneixement de la direcció)

Objectiu: estimar la prevalença dels trastorns d'ansietat i depressió segons la cronicitat i complexitat de les malalties en pacients participants en grups psicoeducatius i avaluar l'evolució després de la intervenció.

Material i mètodes:

- Disseny: estudi observacional analític, quasiexperimental (abans-després).
- Àmbit: atenció primària.
- Criteris de selecció: subjectes = 18 anys amb ansietat/depressió que participaren en grups psicoeducatius en els últims 5 anys.
- Mostra: participants en la intervenció.
- Variables: sociodemogràfiques, símptomes d'ansietat/depressió segons la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), grups de morbiditat ajustada (GMA).
- Anàlisi estadístic: descriptiu uni- i bivariant segons les variables.
- Limitacions: disminució de la validesa interna per falta de grup control.

Resultats:

- 80 participants; el 83,7% dones; edat mitjana de 51,69 anys (desviació estàndard [DE]: 14,55 anys): ansietat 61,3%; HADS total inicial 6,28.
- GMA: població sana (0%), patologia aguda (0%), embaràs o part (2,5%), malaltia crònica: en 1 sistema (6,25%), en 2 o 3 sistemes (27,5%), en 4 sistemes (63,75%), neoplàsies en el període (0%).
- Complexitat: 1 (15%), 2 (38,8%), 3 (40%), 4 (6,3%).
- Disminució puntuació HADS total al cap de 3 mesos de la intervenció, segons els nivells complexitat: 1 i 2: -6,80 (-8,81 a -4,80); 3 i 4: -6,22 (-7,92 a -4,52): $p=0,660$.

Conclusions: els pacients amb malaltia crònica en 4 sistemes amb major complexitat pateixen més ansietat o depressió. La disminució de la puntuació de l'HADS total en patologia més complexa no és significativa en comparació amb la patologia menys complexa. Aquestes dades replantegen com abordar millor els problemes de salut mental en la cronicitat. Per afrontar aquest repte es proposen models sanitaris que donin més valor a l'atenció primària, amb equips multidisciplinaris formats per diferents professionals de la salut, i la inclusió de les organitzacions socials i de les noves tecnologies.

ANE GONZÁLEZ DÍEZ
MARÍA ÁNGELES MÉNDEZ TRÍAS

Contacte:
ane.glez.diez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7849

Hiperglucemia a los 30

Motivo de consulta: control analítico.

Historia clínica: anamnesis: hombre de 30 años que acude a control analítico por encontrarse hiperglucemia de 273 mg/dl en analítica hospitalaria cuando consultaba por balanitis. En nuestra consulta el paciente se encuentra asintomático. En el interrogatorio dirigido aparece discreta polidipsia y poliuria, no otra clínica de insulinopenia (no pérdida de peso).

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 10 cigarrillos/día, consumo de alcohol ocasional, obesidad con IMC de 34, no hipertenso pero en alguna ocasión cifras de tensión arterial elevadas. Intervención quirúrgica: amigdalectomía, adenoidectomía, fimosis.

Antecedentes familiares: padre fallecido por linfoma de Hodgkin a los 45 años, madre y hermana sanas.

Exploración física: por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Analítica de control: glucemia basal 318 mg/dl y HbA1c 12,3%. Se solicitan anti-GAD y anti-IA2 que resultan negativos.

Juicio clínico: diabetes *mellitus* (DM) tipo Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY).

Diagnóstico diferencial: DM1, DM2, DM tipo LADA.

Tratamiento y planes de actuación: se explica enfermedad; se inicia metformina 1/2-0-1/2 y se cita con enfermería para dieta. Se realiza interconsulta a endocrino.

Evolución: buenos controles glucémicos sin necesidad de insulina basal a los 3 meses.

Conclusiones: la DM tipo MODY es un tipo de diabetes con características de DM2, pero que se presenta habitualmente antes de los 25 años. Representa 1-5% del total de casos de diabetes, aunque muchas veces está sin diagnosticar. Aunque de entrada la respuesta a los antidiabéticos orales es buena, algunos subtipos de MODY están más predispuestos a precisar insulina.

Nuestro paciente tenía una hemoglobina glicada muy alta en el momento del diagnóstico, los debuts de DM1 típicos no suelen tener glicadas tan elevadas porque la insulinopenia es tan marcada que les hace consultar de forma precoz. Además, los autoanticuerpos fueron negativos, por lo que se descartan la DM1 y la LADA, ambas de etiología autoinmune.

CLAUDIA INÉS GONZÁLEZ NOGUERA
ISABEL CABALLERO HUMET
ROBERT PANADES ZAFRA

Contacte:
claudiaigonzalez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7853

Maratón nocturna

Àmbit del caso: atenció primària rural.

Motivo de consulta: "No puedo dormir, estoy agotada".

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: intervenida de cruce en un asa (SADI-S) el 15 de abril de 2019, por obesidad sin otros antecedentes médicos de interés.

Enfoque familiar y comunitario: padres vivos, la mayor de dos hermanas, casada con dos hijos, trabaja como controladora de tráfico de camiones.

Anamnesis: mujer de 35 años consulta por problemas para dormir que aumentan en los últimos 3 meses. Manifiesta que no duerme más de 2 horas y se despierta agotada, como si corriera toda la noche, ya no puede concentrarse en el trabajo ni terminar su jornada diaria.

Exploración: exploración física anodina, analíticas dentro de parámetros normales, no ferropenia ni alteración del perfil tiroideo.

Juicio clínico, identificación de problemas: el resultado de los estudios de pacientes con insomnio permite concluir que en la mayoría de los casos el insomnio es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma. Es importante tener esto en cuenta, ya que a la hora de tratarlo se debe actuar, siempre que sea posible, sobre la causa y no sólo sintomáticamente.

Tratamiento: de manera inicial se orienta el caso como insomnio relacionado con estrés laboral y ansiedad por problemas médicos de la madre. Se prescribe melatonina sin mejoría, por lo que se adiciona zolpidem e inhibidores de la recaptación de serotonina, con pobre respuesta y empeoramiento del cansancio.

Evolución: se realiza estudio de sueño con resultado de polisomnografía MPP 54.7. Se interconsulta con neurología por la orientación diagnóstica de síndrome de piernas inquietas. Se inicia la disminución gradual de inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y titulación de pregabalina.

Conclusiones: Las quejas por problemas al dormir y el cansancio diario son cada vez más frecuentes en atención primaria, por lo que debemos realizar un abordaje integral y diferencial adecuado.

ADRIÀ PRAT SALA
LAURA ALBERT CARRASCO
CRISTINA FIGUERAS VALL-LLOSERA

Contacte:
adriaprat20@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7854

La importància d'escoltar el pacient. Lesió òssia aguda mandibular

Disposem del consentiment Informat signat per la pacient.

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dona de 40 anys que consulta al CAP perquè va rebre un cop de pilota fort a la cara 4 dies abans i presentava dolor intens a la zona de l'articulació temporomandibular (ATM) contralateral. Explica que quan obre la boca es nota un clic, no hipoacúsia ni altra simptomatologia acompanyant.

Havia consultat en un altre centre on se li havia recomanat tractament analgèsic.

Història clínica:

- Enfoque individual: No antecedents patològics d'interès. En l'exploració presenta lleu dolor sense crepitació a la palpació ATM dreta. Otoscòpia bilateral normal.
- Enfoque comunitari: no cal.
- Diagnòstic diferencial: possible fractura del còndil mandibular, contractura dels músculs que intervenen en la masticació, subluxació d'ATM, capsulitis de l'ATM, trauma acústic, etc.
- Tractament i plans d'actuació: acordem completar estudi i iniciar dieta tova, tractament antiinflamatori i relaxant muscular pautat.
- Evolució: davant la persistència clínica parlem amb odontologia per demanar ortopantomografia, que mostra fractura no desplaçada intraarticular del còndil mandibular de l'ATM dreta. És valorada per cirurgia maxil·lofacial, que recomana un tractament conservador. La pacient presenta millora progressiva, oclusió mandibular estable, amb soroll articular per subluxació del menisc reductible, de moment no ha presentat més complicacions.

Conclusiones i aplicabilitat: és una entitat difícil de diagnosticar a causa dels pocs signes clínics i exploratoris suggestius.

Recordem la importància d'escoltar els pacients davant la persistència de la clínica tot i haver estat visitats en un altre centre. És important validar la seva opinió i realitzar una reorientació diagnòstica de cada cas. Es necessita temps i treballar de forma interdisciplinària. Atendre i valorar la preocupació dels pacients i el seu seguiment és una característica de l'atenció primària, juntament amb l'ampliació de l'estudi de cada cas segons la clínica i la l'experiència de cada equip.

MARÍA ALPISTE GRÚAS
GLORIA BUSTAMANTE ABRIL
ADRIANA ABIZANDA SARO

Contacte:
marialpiste@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7856

Hematúria i ecografia renovesical

Àmbit clínic: atenció primària.

Motiu de consulta: gonàlgia d'anys d'evolució.

Història clínica: home de 49 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics. No presenta antecedents rellevants. Consulta per gonàlgia d'anys d'evolució pendent d'intervenció quirúrgica perquè es va desplaçar a una altra comunitat autònoma. Refereix persistència de dolor i reprendre les visites amb el servei de traumatologia.

Paral·lelament explica hematúria diària de 8 mesos d'evolució que no s'acompanya de síndrome miccional ni tòxic. En l'exploració física destaca hipertensió (160/108 mmHg) i obesitat (IMC de 44,6). Es realitza una ecografia renovesical que mostra bufeta amb lesió amb marges irregulars de 4 cm x 4 cm x 2 cm al costat inferior dret.

Pel que fa a la gonàlgia, se sol·licita radiografia de genoll i es fa la derivació al servei de traumatologia que està pendent de programació.

També es demana anàlítica urgent i amb els resultats es realitza derivació a unitat de diagnòstic ràpid. Es va citar al pacient a consultes externes d'urologia per a visita presencial.

Es va completar estudi d'extensió amb tomografia computada toracoabdominal on es visualitzava massa vesical probable T3NOMO i es va programar resecció transuretral. Es va poder fer la resecció total del tumor sense incidències.

Posteriorment ha estat fent 6 cicles de teràpia del bacil de Calmette-Guérin i profilaxi amb fosfomicina, així com controls amb cistoscòpies cada 3 mesos. Actualment es troba lliure de malaltia.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: l'ecografia pot ajudar els metges d'atenció primària a millorar l'orientació diagnòstica i, així, agilitar-ne la derivació a altres especialistes per completar l'estudi i iniciar el tractament específic. Davant la presència d'hematúria macroscòpica hem de sospitar una lesió de bufeta urinària i descartar un possible procés neoplàsic.

ANA FERNÁNDEZ GÓMEZ
MARTA GUERRERO MUÑOZ
LAURA NOVALIO RODRÍGUEZ

Contacte:
ana.fernandez.gomez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7857

Blastocystis, el octavo pasajero

Hombre de 75 años. Sin alergias. Exfumador. Hipertenso. Dislipémico. Diabetes *mellitus* de tipo 2. Cardiopatía isquémica. Insuficiencia renal crónica en relación con nefrectomía derecha por poliquistosis renal. Hiperplasia benigna de próstata. Solicita valoración por cambio de ritmo deposicional (diarrea acuosa desde hace 5 meses), acompañado de hiporexia, pérdida de 5 kg y astenia. También refiere aumento de ruidos intestinales y meteorismo diario. Niega emesis, no reflujo, no disfagia, no dolor torácico, no sudoración ni sensación distérmica, no exteriorizaciones hemáticas.

Exploración física: auscultación cardíaca: TCR sin soplos audibles. Respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. PPPS. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni megalias, no defensa ni peritonismo. RHA ligeramente aumentados. PPLB-.

Se orienta caso como alteración del ritmo deposicional y síndrome constitucional a estudio.

Diagnóstico diferencial: carcinoma colorrectal, diarrea infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, sobrecrecimiento bacteriano, celiaquía, insuficiencia pancreática, intolerancia a carbohidratos.

Solicito anàlítica completa con parámetros de celiaquía, coprocultivo, *Clostridium*, parásitos y sangre oculta en heces, colonoscopia. Resultados del coprocultivo: flora mixta intestinal. *Clostridium difficile* negativo. Parásitos intestinales: *Blastocystis hominis*.

Colonoscopia: 5 pólipos (adenomas tubulares de bajo grado). *B. hominis* es un protozoo anaerobio que coloniza el tracto gastrointestinal. Hay controversia respecto a si se considera un organismo comensal, un marcador de disbiosis intestinal o un patógeno. Se ha asociado a síntomas como diarrea, náuseas, anorexia, molestias abdominales, flatulencias, fatiga... Si ningún otro patógeno es identificado y se descartan otras causas, se puede realizar tratamiento empírico con metronidazol 750 mg/8 h durante 10 días. Dado que hemos realizado un estudio integral de nuestro paciente y hemos descartado otras causas de la sintomatología descrita, decido realizar tratamiento empírico con metronidazol. En visita de control, el paciente comenta mejoría progresiva hasta remisión clínica y recuperación de su peso habitual.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M^a MERCÈ JIMÉNEZ GONZÁLEZ
ELENA ZURILLA LEONARTE
ESTÍBALIZ LÓPEZ TORRENT
MARTA PIRÓ IBÁÑEZ
ESTHER HERNÁNDEZ MUÑOZ
PERE TORAN MONTSERRAT

Contacte:
juanki2003@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7861

Evolució de l'activitat assistencial mèdica als equips d'atenció primària: com treballàvem i com ens ha canviat la pandèmia

Objectiu: analitzar quins canvis assistencials s'han produït en el dia a dia de les consultes del metge de família des de l'any 2017 fins la fi de l'estat d'alarma per COVID-19 el 2021.

Metodologia: estudi transversal descriptiu i multicèntric. Participació voluntària. Fins a 90 metges de família de 23 centres d'atenció primària participen en el registre de l'activitat assistencial. Variables: nombre, tipus i motius de les visites, retard a la consulta i temps de descans.

Resultats: l'any 2017 es van registrar 421 jornades amb 13.283 visites assistencials; el 2019 van ser 806 jornades amb 23.840 visites, i el 2021, 267 jornades amb 10.163 visites. La mitjana de visites per dia va ser de 24, 29 i 38 i els motius de consulta per dia 38, 40 i 49, respectivament. Les visites de seguiment crònic han passat d'un 43% del total a un 37,8%. Les visites de patologia aguda han baixat des d'un 38% a un 34,5%. Les visites de problemàtica psicosocial han pujat d'un 2% el 2017, a un 2,92% el 2019 i a un 3,62 % el 2021. La visita administrativa ha passat d'un 17% el 2017 a un 23,8% el 2021.

La presencialitat ha disminuït des d'un 75,2% el 2017, al 67,3% el 2019 i fins al 20,5% el 2021. Les visites virtuals passen d'un 8,6%, al 19,5% al 27,71%, respectivament. El 2021, la irrupció de l'eConsulta ocupa l'11,3 % de totes les visites.

El temps de descans per jornada passa de 8,6 minuts el 2017 a 12,05 min el 2021. L'endarreriment a les 2 hores ha baixat de 24 a 18 minuts.

Conclusions: la pandèmia ens ha precipitat en un nou model assistencial on la visita presencial es redueix dràsticament i augmenta el nombre de visites i els motius de consulta. Es manté força alt el seguiment de les patologies cròniques i augmenta la problemàtica psicosocial i administrativa.

ISABEL CABALLERO HUMET
JOSEP M. ALBAREDA BOLEDA
ELISENDA FLORENSA CLARAMUNT

Contacte:
icaballero.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7862

Doctora, si caigués, no em podria aixecar

Àmbit: atenció primària rural.

Motiu de consulta: pesadesa de cames al caminar fa dies.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: el novembre de 2020, pneumònia bilateral per SARS-CoV-2 amb insuficiència respiratòria lleu. Debut de diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2) durant l'ingrés. Alta sense seqüeles. Control de la DM2 amb dieta.

Vacunació BioNTech Pfizer, dues dosis abril i maig de 2021.

Anamnesi: home de 75 anys, actiu laboralment. El setembre de 2021 consulta per dificultat al caminar amb pèrdua progressiva de força a les extremitats inferiors, predominantment a l'esquerra, dificultat per superar esglaons i percepció de poca força en membres superiors (subjectar objectes, afaitar-se). Refereix que si caigués a terra, no es podria aixecar.

Exploració física: bon estat general, parells cranials, força i sensibilitat normals, marxa a petites passes, dificultat per aixecar-se de la cadira. Arreflèxia a les extremitats inferiors, Babinski indiferent. Analítica: hemograma Normal, glucosa 124,3 mg/dl, hemoglobina glicada 6,3 %, la resta normal. CK: 6 ukat/l.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

Trastorn de la marxa amb pèrdua de força de les extremitats inferiors progressiva ascendent: malalties de la neurona motora (diagnòstic diferencial: esclerosi lateral amiotròfica, radiculopolineuropatia axonal d'origen a filiar, síndrome de Guillain-Barré), malalties cerebrovasculars, neuropaties metabòliques o infeccioses.

Tractament i plans d'actuació: es va aconsellar l'ingrés hospitalari per completar l'estudi.

Evolució: durant l'ingrés, balanç muscular general a les extremitats inferiors 0/0, superiors 3-4/3, arreflèxia generalitzada.

Punció lumbar: lleu proteïnorràquia. Ressonància magnètica: protrusions discals sense afectació. Electromiograma: neuropatia motora aguda axonal amb evolució a poliradiculoneuritis i important denervació aguda a les quatre extremitats.

Tractament: immunoglobulines endovenoses, diverses tandes, rehabilitació funcional intensiva. El procés encara no s'ha resolt.

Conclusions: tot pacient amb clínica neurològica requereix una exploració física i un estudi exhaustiu. L'areflèxia amb o sense alteració sensitiva és clau per orientar el procés. El context infecció previ ens ha de posar en alerta.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARIA MIÑANA CASTELLANOS
LYDIA VIÑAS CABRERA
MARÍA TERESA SANTOS
SILVA CALDEIRA MARQUÉS

Contacte:
mariaminyanacastellanos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7863

Neoplàsia pulmonar amb debut atípic en atenció primària. Què en podem extreure?

Àmbit d'atenció primària-servei d'urgències.

Dona de 60 anys que consulta per cefalàlgia. Com a antecedents personals presenta exenolisme crònic i depressió major. Explica cefalàlgia opressiva que coincideix amb lectures de pressió arterial alterades les últimes setmanes, sense signes d'alarma. En l'exploració, absència de signes de focalitat neurològica. Se cita uns dies després amb infermeria per a lectura d'AMPA, i es troba bradipsíquica i amb pèrdua de pes marcada respecte a la última visita. Els metges d'atenció continuada del centre l'exploren i és remesa a urgències d'atenció primària, però es desorienta i finalment és portada a urgències hospitalàries. A la radiografia de tòrax es troba una massa apical esquerra i, donada la clínica neurològica, es realitza una tomografia computada (TAC) cranial que mostra múltiples lesions nodulars supra- i infratentorials suggestives de metàstasis. S'orienta com a procés neoproliferatiu pulmonar amb possibles metàstasis cerebrals múltiples i es decideix sol·licitar una TAC toràcica i una fibrobroncoscòpia, que confirmen la malignitat del quadre. És vinculada a oncologia mèdica. Avaluem la pacient i decideixen que, donat el bon estat general de la pacient, és tributària de tractament ambulatori. La pacient no es presenta a la primera visita de radioteràpia. Al contactar amb el familiar de referència explica que va ser èxitus al domicili uns dies abans, un mes després de la primera consulta.

Com a conclusió d'aquest cas destaca la forma de debut poc freqüent d'una neoplàsia pulmonar, així com l'evolució fulminant del cas. El que es pot aplicar a la medicina de família és que, davant d'un pacient amb clínica neurològica amb algun símptoma d'alarma (com en aquest cas la pèrdua de pes), s'ha de pensar en un procés neoproliferatiu maligne i cal activar una via de diagnòstic ràpid (urgències o unitats de diagnòstic ràpid, per exemple) segons les necessitats clíniques del pacient.

ELISABET BERTRAN MAZÓN
LAURA BLANCH VALVERDE

Contacte:
ebertran.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7865

Hiperplàsia prostàtica i diabetis, a propòsit d'un cas

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: retenció aguda d'orina (RAO).

Història clínica: diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2), hipertensió arterial, dislipèmia, miocardiopatia dilatada no isquèmica, FEVE 31% amb dilatació de l'arrel aòrtica. Exfumador. Criteris de bronquitis crònica. Anèmia normocítica i normocròmica amb FGS i CS normals. Insuficiència renal crònica d'estadi III. Obesitat (IMC de 39).

Pacient sense antecedents familiars de càncer de pròstata ni clínica prostàtica prèvia que debuta amb una RAO. Es realitza ecografia d'aparell urinari al centre d'atenció primària i s'observa una pròstata de 100 cc sense altres troballes destacables. Antigen prostàtic específic (PSA) dins de rang.

Enfocament familiar i comunitari: el pacient és el gendre d'una pacient de 96 anys amb malaltia d'Alzheimer avançada. La seva filla n'és la cuidadora principal i el marit d'aquesta (el pacient del nostre cas) acut molt poc al metge i queda en segon pla donada la llarga malaltia de la seva sogra, motiu pel qual presenta molt mal control de tots els factors de risc cardiovascular. Durant la pandèmia de la COVID-19 no va realitzar cap control.

Judici Clínic: hiperplàsia de pròstata que debuta amb una RAO en un pacient prèviament asimptomàtic.

Diagnòstic diferencial: tots els d'una RAO, és a dir, neoplàsia de pròstata, hiperplàsia benigna de pròstata, prostatitis i altres causes d'obstrucció.

Identificació de problemes: Se'ns planteja la següent pregunta: com pot haver fet una RAO un pacient amb PSA en rang i IPSS de valors baixos/nuls? Ho podríem haver previst? Existeix una revisió sistemàtica d'aquest any 2022 que relaciona la DM2 amb síndromes del tracte urinari baix (Impact of Diabetes *Mellitus* on Lower Urinary Tract Symptoms in Benign Prostatic Hyperplasia Patients: A Meta-Analysis).

Aquesta revisió relaciona la patologia prostàtica amb la DM2.

Tractament i plans d'actuació: sondem el pacient durant 3 dies i iniciem tractament amb tamsulosina. El quart dia es retira la sonda vesical i roman amb tamsulosina.

Derivat a urologia.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARIA DELS ÀNGELS SANTACANA PLANA
NOEMI GAYOSO GIL
LAURA GUERRERO CABALLERO

Contacte:
asantacanaplana@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7866

Altres causes de dolor toràctic

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de Consulta: síncope.

Història clínica: Dona de 37 anys, amb antecedents d'apendicectomia, abdominoplastia, COVID-19 amb símptomes lleus el novembre de 2020 i *pectum carinatum*.

Consulta per dolor toràctic amb pèrdua de consciència amb pròdroms, incontinència d'esfínters, mentre defecava. El dia anterior presentava dolor toràctic opressiu irradiat a l'esquena i el braç esquerre amb parestèsies, sudoració i mareig. S'iniciava en repòs i augmentava amb la deambulació, d'una durada de 25 minuts.

Derivada a urgències: analítica amb anèmia ferropènica, troponines negatives, dímer D negatiu, electrocardiograma normal, radiografia de tòrax valorada com a normal. Alta descartant-se patologia urgent.

Es torna a derivar a urgències i es descarta de nou cardiopatia isquèmica aguda. S'aconsella derivació a cardiologia ambulatoria per descartar patologia cardíaca. Donat que l'estudi resulta negatiu es decideix la derivació a medicina interna per COVID-19 persistent.

Medicina interna objectiva hipoventilació de camp pulmonar esquerre i valora radiografia de tòrax com a probable colon intratoràctica, que es confirma en una tomografia computada toracoabdominal: herniació de nansa de colon transvers a l'espai mediastínic anterior precardiàc, que condiciona el desplaçament posterior del cor.

Judici clínic: hèrnia diafragmàtica.

Diagnòstic diferencial: cardiopatia isquèmica, angina hemodinàmica, tromboembolisme pulmonar, síncope vagal, crisis comicials i COVID-19 persistent.

Tractament: intervenció laparoscòpica per reduir l'hèrnia amb col·locació de malla.

Evolució: correcte, sense nous episodis de síncope.

Conclusions: el dolor toràctic i el síncope obliguen a descartar causes d'origen cardíac, respiratori o neurològic pel risc vital que impliquen. No és habitual l'associació d'aquests signes clínics amb una patologia digestiva. La revisió de les proves realitzades pot permetre visualitzar alteracions no descrites i orientar-nos a nous diagnòstics no contemplats.

La COVID-19 ha fet sorgir una nova entitat clínica: la COVID-19 persistent. Alguns dels símptomes que s'han descrit són l'astènia, la dispnea, el dolor toràctic... per aquest motiu, tot i ser nova i estar encara en estudi, cal descartar-la en un context de símptomes compatibles.

RAQUEL GIRONA REAL
GEORGINA VIDAL MANSILLA
GEMMA CANDÓ GUASCH

Contacte:
rgirona.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7870

Sarna amb gust... sí pica!

Àmbit del cas: atenció primària, àmbit rural.

Motius de consulta: pruija.

Història clínica: dona de 64 anys amb antecedents d'obesitat mòrbida, rinitis al·lèrgica i asma. Acudeix per pruija a l'abdomen i les extremitats inferiors sense lesions cutànies. La resta d'exploració física era anodina. Inicialment es tracta amb antihistamínics sense resposta. Reconsulta per persistència de la pruija i presència d'unes lesions a l'abdomen que van fer pensar inicialment en una dermatitis atòpica o bé amb urticària. Va ser tractada amb corticoteràpia oral amb millora de les lesions, però persistència de la pruija. Es va demanar analítica sense troballes rellevants. El marit inicià clínica similar 15 dies després. Es realitza dermatoscòpia que diagnostica solcs d'àcars i imatge "ala delta".

Judici clínic: escabiosi.

Diagnòstic diferencial: dermatosi inflamatòria.

Tractament i evolució: el tractament inicial va ser amb permetrina tòpica i antihistamínics sense millora. Es va fer interconsulta amb dermatologia, que indica tractament amb ivermectina oral amb una evolució favorable.

Conclusions: presentem aquest cas per diversos motius: la pruija és un motiu freqüent de consulta i cal fer un bon diagnòstic diferencial (aquest pacient no feia pensar inicialment en la sarna); és important l'ús del dermatoscopi a la consulta, que en aquest cas va ser clau; difícil maneig després del diagnòstic, i la incidència de sarna ha augmentat darrerament i ens hem trobat diversos casos de sarna resistents a la permetrina en el nostre àmbit, que poden estar relacionats, segons la literatura, amb la pandèmia per COVID-19. Els equips d'atenció primària són claus per controlar les epidèmies de sarna: millorar la detecció i donar les pautes de tractament i prevenció adequades.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

GEMMA CANDO GUASCH
JOSÉ JOAQUÍN GERONA ALARCÓN
RAQUEL GIRONA REAL

Contacte:
gcandog.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7871

No tot és artrosi

Àmbit: atenció primària, àmbit rural.

Motiu de consulta: lumbàlgia crònica.

Història clínica: home de 72 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia i obesitat. Antecedent de fractura vertebral L1 per accident de trànsit als 39 anys. Treballava de comercial.

Acudeix per dolors a la columna de predomini cervical i lumbar. El dolor es va iniciar a la zona dorsolumbar i els relacionava amb l'antecedent d'accident de trànsit. Presenta dolor crònic diari de característiques mecàniques que afecta a la seva qualitat de vida. Ha tingut episodis d'irradiació a la zona costal dreta.

Exploracions complementàries: analítiques de sang/orina: sense reactants inflamatoris.

Radiologia simple de columna cervical: creixements ossis a cara anterior de cossos vertebrals amb tendència a formar ponts ossis i columna lumbar: ponts ossis intervertebrals anteriors a tota la columna lumbar i columna dorsal visible, conservació dels espais discals. Articulacions sacroilíaqües no esclerosades.

Tomografia computada lumbar (desembre-2015): esclafament de platet superior de cos vertebral d'L1. Espais discals L1-L2, L2-L3, L3-L4 i L4-L5 sense alteracions. Protuberància discal focal posterocentral L5-S1 sense repercussió sobre el sac dural ni estructures radiculars.

Judici clínic: malaltia de Forestier-Rotés o hiperostosi esquelètica difusa idiopàtica (DISH).

El pacient compleix els criteris radiològics de Resnick.

Diagnòstic diferencial: artrosi i espondilitis anquilosant.

Tractament: el pacient necessita tractament crònic amb tramadol 100 mg/12 h i pregabalina 150 mg/12 h.

Evolució: es va fer interconsulta amb traumatologia i clínica del dolor i s'afegí condroprotector, amb millora. Té episodis intercurrents de dolor que milloren amb antiinflamatoris no esteroïdals o corticoteràpia.

Conclusions: el metge de família ha de saber identificar aquestes troballes radiològiques. El DISH se sol identificar en estadis avançats, sol presentar-se per dolor axial i radiculopaties. Les manifestacions perifèriques permeten un diagnòstic més precoç. Es relaciona amb malalties sistèmiques. Pot tenir complicacions greus: disfàgia o fins i tot compromís de la via aèria. Pot requerir cirurgia.

LAURA VILLALBA ESPARZA
ANNA QUINTANA VIVES
GEMMA SANZ CUSÓ

Contacte:
lvillalba.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7876

Estoy cansada y no, no es COVID-19

Àmbit del caso: atenció primària.

Motivos de consulta: mujer de 37 años que consulta por astenia.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: infección por COVID-19 hace 8 meses. Acude a la consulta por cuadro de astenia de un mes de evolución y cefalea frontal opresiva que mejora con antiinflamatorio no esteroideos. No refiere pérdida de peso ni anorexia. Niega clínica respiratoria, síndrome miccional, cambios en el hábito intestinal u otra clínica acompañante.

En la exploración presenta buen estado general, tensión arterial de 108/72 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 lpm. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica sin hallazgos.

Se solicita analítica sanguínea que muestra perfil hepático alterado con AST, ALT y FA elevadas, y bilirrubina y GGT normales. Se decide ampliar analítica con serologías víricas y solicitar ecografía abdominal. La ecografía abdominal no muestra alteraciones mientras que la serología es positiva para anticuerpos inmunoglobulinas G y M del citomegalovirus.

Juicio clínico, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: mononucleosis por citomegalovirus.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento sintomático. Control analítico en un mes para valorar alteración hepática.

Evolució: Mejoría clínica progresiva con tratamiento sintomático.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: el síntoma guía de la astenia es muy amplio y puede abarcar muchas causas. Es importante siempre valorar el contexto del paciente con una buena anamnesis para poder hacer una buena orientación. Las pruebas complementarias nos serán de gran ayuda a la hora de descartar patologías. En nuestro caso, la alteración del perfil hepático nos ayudó a sospechar un origen infeccioso de la clínica.

DAVID JARA BOGUÑA
MARÍA LOURDES ROMÁN ALDAY
BERNAT MORIST BELTRAN

Contacte:
globusabr@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7878

Ecografía y apendicitis

Àmbit clínic: urgències de atenció primària.

Motivo de consulta: dolor abdominal moderado de 48 h de evolució, tipu cólicu, con náuseas acompañantes, un episodio de diarrea, sin vómitos ni fiebre.

Historia clínica: mujer de 64 años, sin alergias. Consumo de tabaco de 10 cigarrillos/día con antecedentes de asma versus enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD I/A y bronquiectasias en tratamiento con Foster[®], depresión en tratamiento con citalopram, hipercolesterolemia, hernioplastia umbilical (2013). Acude por dolor abdominal moderado de 48 h de evolución, tipo cólico, con náuseas acompañantes, un episodio de diarrea, sin vómitos ni fiebre. En la exploración presenta dolor a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha, Blumberg positivo, peristaltismo conservado con descompresión positiva y resto sin alteraciones. Se realiza ecografía que muestra líquido periapendicular con signo de la diana en el corte transversal.

La paciente fue derivada al hospital para estudio analítico y radiológico para confirmar la sospecha de apendicitis aguda. A su llegada destacó en la analítica PCR 5,28 mg/dl, fibrinógeno >500 mg/dl, leucocitos 10.470 con ligera neutrofilia $7,16 \times 10^3$ u/l. Se le realizó tomografía computarizada abdominal urgente que confirmó la sospecha, con hallazgo de engrosamiento de 8 mm y aumento del realce de las paredes del apéndice, con discreta afectación inflamatoria de la grasa adyacente y mínima banda de líquido libre, por lo que realiza una apendicectomía laparoscópica urgente, sin incidencias. Es dada de alta al día siguiente con analgesia, curas locales y cita para la retirada de grapas.

Conclusión: la apendicitis aguda es una patología que puede requerir intervención urgente. Con el uso extendido de la ecografía en atención primaria puede ser detectada de forma precoz en muchos casos y evitar complicaciones y el empeoramiento clínico de muchos pacientes. Por situaciones como esta resulta muy interesante formar a nuestros médicos de familia en el uso del ecógrafo a pie de cama, y así mejorar la calidad asistencial.

MARÍA ELENA PÉREZ CONTRERAS
MARTA MÁRQUEZ ALSINA
ANA GARCÍA ÍÑIGUEZ
XAVIER CANTANO NAVARRO
ADRIANA RAMOS ORDÓÑEZ

Contacte:
draelenaperez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7880

Trastornos de conducta alimentaria en un entorno de atención primaria

Introducción: los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud emergente que afecta considerablemente la morbilidad y mortalidad en los adolescentes. Diversos factores dificultan su adecuado diagnóstico. La atención Primaria (AP) suele ser el primer escenario de consulta y es clave el conocimiento de los problemas presentes en este entorno.

Objetivo: describir el grado de conocimiento y dificultades que presentan los profesionales de la salud en temas de TCA e identificar las herramientas disponibles que pueden ser útiles para su correcto manejo.

Metodología: estudio prospectivo, descriptivo. Se realiza una encuesta mediante cuestionario a 87 profesionales de salud que trabajan en AP. Se revisan datos sobre el grado de conocimiento en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, así como la revisión bibliográfica de los test diagnósticos actuales.

Resultados: el 74% de los encuestados no tiene una idea clara sobre cómo se clasifican los TCA. El 87% no conoce los criterios para el diagnóstico. El 73% ha tenido uno o varios casos recientes que han precisado derivación a psicología o psiquiatría. Sólo el 15% conoce los criterios de hospitalización. El 80% no conoce el tiempo necesario de seguimiento. El 95% cree importante la creación de grupos de trabajo.

El DSM-5 y la CIE-10 son de fácil aplicación para la clasificación y diagnóstico.

El método de *screening* SCOFF es una herramienta para casos que precisen una evaluación posterior exhaustiva. También se propone el EAT 26 y 40.

Conclusiones: es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario para su correcto abordaje integrado por médicos de familia, enfermería y psicología comunitaria. Se hacen necesarias la sensibilización y la formación adecuada de los profesionales de AP.

Es importante la validación de las herramientas propuestas para el diagnóstico a nivel poblacional.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

LAURA VILLALBA ESPARZA
ANNA QUINTANA VIVES
MARIA VALERO ROCA

Contacte:
lvillalba.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7882

Doctora, ya no tengo gases, pero camino lentamente

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivos de consulta: hombre de 87 años que consulta por temblores, falta de concentración y marcha lenta.

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, depresión, hiperplasia benigna de próstata y artrosis.

Acude a la consulta por cuadro de temblor en reposo, falta de concentración y marcha lenta. El paciente refiere que los síntomas han empezado al reiniciar el Flatoril®.

En la exploración neurológica destaca rigidez en rueda dentada y temblor en reposo de la mano derecha. No alteraciones de la marcha. No alteraciones de la coordinación ni dismetrías. No focalidad neurológica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parkinsonismo secundario a Flatoril®.

Diagnóstico diferencial con enfermedad de Parkinson.

Tratamiento, planes de actuación: STOP Flatoril®, conducta expectante.

Evolución: mejoría clínica con remisión progresiva de la sintomatología tras la retirada del fármaco.

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: es importante explicar en la consulta el tratamiento que pautamos, la posología, los días de duración y sus posibles efectos adversos. Hay que empoderar al paciente y darle información sobre los tratamientos prescritos, lo que mejora su seguridad.

En este caso, el paciente excedió los días de tratamiento y después aparecieron los efectos secundarios. El Flatoril® (cleboprida y simeticona) es un antiemético, procinético y antiflatulento, y uno de sus efectos secundarios, aunque poco frecuente, es la clínica extrapiramidal.

CLAUDIA LEÓN PRIETO
ELIZABETH ROQUE GÓMEZ
EVA LECEAGA GAZTAMBIDE

Contacte:
eleceaga.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7883

Pericarditis constrictiva post-COVID-19

Ámbito del caso: atención primaria y servicio de urgencia.

Motivo de consulta: disnea y edemas.

Historia clínica: mujer de 54 años, vacunada para COVID-19 (22/06/2021) con una dosis de Janssen. El 12 de enero de 2022 acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, dolor centrotorácico que aumenta con la inspiración y ortopnea. En los 15 días previos consultó en su centro de atención primaria (AP) por síntomas compatibles con COVID-19. Se realizó PCR (positiva) y radiografía de tórax sin condensación ni signos de insuficiencia cardiaca (IC).

En la exploración física, crepitanes bilaterales, edemas en extremidades inferiores hasta las ingles e ingurgitación yugular. Electrocardiograma sin alteraciones, radiografía de tórax con patrón alveolointerstitial bilateral. Analíticamente NT-pro-BNP 1.042 pg/ml compatible con IC. Ecocardiografía transtorácica (ETT) sin alteraciones. Se decide ingreso con sospecha de IC e infección por COVID-19. Durante su ingreso presentó buena evolución con tratamiento deplectivo y fue dada de alta.

A la semana, la paciente reconsulta en su centro de AP por persistencia de disnea CF III, edemas bilaterales y dolor torácico de características pericárdicas. Su médico inicia tratamiento antiinflamatorio con ácido acetilsalicílico y furosemida. Se realiza ETT de forma ambulatoria: mínimos signos de constricción pericárdica (dilatación de vena cava inferior con abolición de la movilidad respiratoria y flujo suprahepático).

Conclusiones: la pericarditis constrictiva (PC) se caracteriza por signos y síntomas de IC derecha y es debida a un pericardio anormalmente engrosado o rígido con disminución consecuyente del llenado ventricular debido a la menor distensibilidad. Las causas más frecuentes son la postinflamatoria especialmente vírica e infecciosa y la poscirugía cardiaca. La ETT constituye la primera herramienta diagnóstica. El tratamiento en algunos casos es la pericardiectomía.

Ante un paciente que tras una infección vírica presenta clínica de IC y que persiste a pesar de tratamiento óptimo es conveniente realizar una ETT para descartar enfermedad pericárdica.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRENE RUIZ
LAURA GRIMAL ÀBEJEZ
JOSEFA PLAZA URENDEZ

Contacte:
eleceaga.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7886

Miocardiopatia dilatada

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: dispnea.

Història clínica: pacient de 15 anys, de Paraguai, amb antecedents d'apendicectomia (octubre de 2021). Acudeix al centre d'urgències d'atenció primària (AP) per dispnea i ortopnea de 48 h d'evolució. El dia anterior, al seu centre d'AP es va objectivar taquicàrdia, 130 bpm, sense altres símptomes acompanyants. En l'exploració mostra discreta hipofonesi de base pulmonar dreta i taquicàrdia a 130 bpm, electrocardiograma amb ritme sinusal, amb criteris de hipertròfia ventricular esquerra. Radiografia de tòrax amb augment de la densitat en el lòbul inferior dret, cissuritis al lòbul mitjà i imatges nodulars perihilars en ambdós camps pulmonars. Davant la sospita clínica de miocardiopatia hipertròfica es trasllada a urgències hospitalàries. A l'hospital es realitza ecografia cardíaca, ventricle esquerre dilatat amb fracció d'ejecció molt deprimida 20-25%, hipocinèsia difusa i insuficiència mitral greu.

Va ingressar amb sospita de miocardiopatia dilatada amb vessament pleural bilateral. Fou tractat amb furosemida i blocadors beta, oxigenoteràpia amb cànules nasals d'alt flux. Durant la seva estada va requerir ingrés a la unitat de crítics per edema agut de pulmó. Actualment en llista per a trasplantament cardíac.

Enfocament familiar: es va fer un estudi familiar per a miocarditis congènita i fou positiu per al germà, oncle matern (amb cardiopatia no filiada abans de l'èxitus) i tieta materna.

Conclusions: existeixen diferents tipus de cardiopaties, però la més prevalent és la miocardiopatia. Els símptomes més habituals són la dispnea amb l'exercici, dolor toràcic, mareig o síncope. En canvi, la miocardiopatia dilatada no és tan prevalent i els símptomes guia són dispnea i edemes. És una de les causes de trasplantament cardíac en gent jove. El 50% dels casos tenen component hereditari. Aquest cas ens dona una mirada a la importància d'una bona anamnesi davant d'aquest tipus de pacient, ja que una part fonamental del seu diagnòstic són la història clínica, els antecedents familiars i electro- i ecocardiograma.

SÍLVIA FERRER MORET
ELENA ARTAL TRAVERIA
MARIA ANTONIA POU GIMÉNEZ

Contacte:
32784stm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7887

Patologia cancerosa sota la mascareta

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: Dona de 94 anys a qui, en el context d'una visita domiciliària, li cau accidentalment la mascareta.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: fibril·lació auricular (acenocumarol), patologia artròsica amb limitació funcional greu, ús de cadira de rodes. Visitada mensualment a domicili per infermeria per al control d'acenocumarol i pel metge de família, segons les necessitats.

Enfocament familiar: vídua, viu amb la filla i el gendre. Nivell educatiu baix, dependent per a les activitats de la vida diària. Bon suport familiar, la filla és la cuidadora principal.

Diagnòstic diferencial: pacient a qui, durant el control domiciliari mensual d'infermeria, li cau accidentalment la mascareta. Infermeria evidencia lesió dèrmica al dors del nas. Màcula sobrelevada de 4 cm, marges irregulars, policromàtica amb àrees d'ulceració, necrosi superficial i zones hiperqueratòsiques. La pacient refereix 2 anys d'evolució i creixement gradual, però no ha informat els professionals sanitaris de referència perquè és indolor i no pateix pel seu aspecte físic, atesa l'edat. La filla tampoc ha alertat de la lesió perquè la pacient té múltiples queratosis seboreiques i sap que són benignes, creu que la ulceració de la lesió nasal és deguda a la fricció amb la mascareta.

Pla d'actuació: Davant la sospita de carcinoma basocel·lular, espinocel·lular o melanoma, es contacta de forma urgent amb dermatologia.

Evolució: la pacient va ser visitada a dermatologia. Es realitzà una biòpsia i es confirmà el diagnòstic de carcinoma basocel·lular. Pendent de tractament definitiu.

Conclusions: la pandèmia per COVID-19 ha retardat el diagnòstic de múltiples patologies, incloses les dermatològiques. Resulta desconcertant que una lesió dèrmica tan florida hagi pogut passar desapercebuda malgrat les visites continuades dels professionals sanitaris. Cal explorar regularment la pell dels nostres pacients per diagnosticar patologia indolora, també aquella que resta amagada darrere la mascareta.

IRENE HERNÁNDEZ JULIAN
MIREIA SOLÉ COSTA
NURIA SOLDEVILA BACARDIT

Contacte:
irene.herju@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7888

Una lumbàlgia invalidant

Atenció primària.

Lumbàlgia.

Dona de 74 anys que acut per lumbàlgia de 10 dies d'evolució. La relaciona amb l'administració de la 3a dosi de la vacuna de la SARS-CoV-2, 3 dies abans. Havia acudit diverses vegades a urgències i havia estat orientada com a lumbàlgia mecànica. Refereix deteriorament progressiu amb gran dificultat per desplaçar-se. En l'exploració destaca una marxa marcadament limitada pel dolor i dificultat per aixecar-se de la cadira per debilitat de la cintura pelviana. S'orienta com a possible polimiàlgia reumàtica (PMR) i s'inicia corticoteràpia a dosis altes. Se sol·licita analítica que es realitza a nivell d'urgències hospitalàries, ja que associa febrícula, en la qual destaquen l'elevació de reactants de fase aguda (RFA), leucocitosi i anèmia normocítica. Nega claudicació mandibular, cefalea, trastorns visuals ni síndrome constitucional.

Ingressa a medicina interna amb sospita d'espondilodiscitis, que es descarta per ressonància magnètica. Posteriorment s'orienta com a possible PMR amb debut atípic, secundària a la vacunació, fet pel qual es completa l'estudi amb tomografia per emissió de positrons (PET-TAC) que descarta procés neoplàstic i infeccions, i que objectiva poliartritis simètrica en concordança amb el diagnòstic de sospita.

S'inicia corticoteràpia a dosis altes amb posterior empitjorament, que requereix augment de dosi. Actualment en seguiment a consultes externes de medicina interna, pendent de descartar afectació vascular amb biòpsia temporal per inici de cefalea.

L'associació entre vacunació i malalties reumatològiques és un tema controvertit i amb escasses evidències bibliogràfiques. En aquest cas, es tracta d'una PMR possiblement secundària a una reacció immunomediada per la vacunació i amb debut atípic per la presència de febre i afectació lumbar. L'etiologia d'aquesta entitat és desconeguda i de diagnòstic principalment clínic. És vital una correcta anamnesi i descartar signes d'alarma, ja que en alguns casos pot associar afectació vascular (arteritis d'Horton) o emascarar processos neoplàstics i infecciosos subjacents. L'estudi en tots els casos inclourà anàlisis completes amb RFA, avaluació de la resposta a la corticoteràpia i proves d'imatge en cas de dubte.

SÍLVIA FERRER MORET
MARÍA ANTONIA POU GIMÉNEZ
ELENA ARTAL TRAVERIA

Contacte:
32784stm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7889

Escàpula alada com a signe diagnòstic d'un tumor benigne

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 80 anys que acudeix per dolor a l'espatlla esquerra de 6 mesos d'evolució.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: artritis reumatoide, artrosi, síndrome ansiosodepressiva.

Enfocament familiar i comunitari: vídua, viu sola, però amb bon suport familiar, autònoma per les activitats de la vida diària.

Diagnòstic diferencial: refereix dolor a l'espatlla esquerra de característiques punxants, d'intensitat lleu, sense limitació funcional i que es desencadena amb els moviments. Exploració física amb lleu dolor a l'abducció de l'espatlla. Atesos els antecedents patològics, s'orienta com a brot d'artritis, artrosi glenohumeral o tendinitis del manegot dels rotatoris. Es realitzen una radiografia i una ecografia d'espatlla sense troballes significatives; es recomana paracetamol alternat amb metamazole. La pacient consulta novament 3 mesos després per escàpula alada esquerra que es confirma en l'exploració física. Exploració escapular sense dolor ni masses palpables ni cruïments. Radiografia escapular normal; ecografia escapular amb imatge subescapular amb efecte massa difícil de delimitar. Ressonància magnètica: imatge de parts toves subescapular entre el múscul serrat anterior i els músculs subescapular i rodó major, de 9 cm de diàmetre, patró heterogeni amb bandes de greix hiperintenses i bandes fibroses hipointenses a T1 i T2, compatibles amb elastofibroma dorsal.

Evolució: La pacient va ser visitada a cirurgia toràcica i es decideix tractament conservador atès que la pacient no refereix dolor significatiu ni limitació funcional.

Conclusions: l'elastofibroma dorsal és un tumor benigne, rar, de teixit fibroelàstic, de creixement lent, 99% periescapular, que pot passar desapercbut i causar un retard diagnòstic quan es localitza a nivell subescapular. Generalment és asimptomàtic, però pot irradiar a l'espatlla i a la zona toràcica anterior i generar errors de diagnòstic amb patologia glenohumeral o cardíaca. La ressonància magnètica és l'eina diagnòstica d'elecció. El tractament és conservador, excepte si dolor o impotència funcional, quan està indicada la cirurgia.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

M^a MERCEDES JIMÉNEZ GONZÁLEZ
GEMMA SEDA GOMBAU
JUAN JOSÉ MONTERO ALÍA
MARIA BARTOLOMÉ REGUÉ
JANA GERHARD PÉREZ
MAITE SASTRE MARTÍN

Contacte:
juanki2003@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7890

Resolució i complexitat assistencial del metge de família quan hi ha fatiga i *burn-out*

Objectiu: conèixer si la complexitat i la resolució de les visites mèdiques als centres d'atenció primària estan influenciades per la fatiga i el *burn-out* professional.

Metodologia: estudi descriptiu transversal i multicèntric realitzat el maig de 2021 amb la participació voluntària de 72 metges de família de 27 equips d'atenció primària que atenen una població de 400.000 habitants. Variables: 1) complexitat dels motius de consulta; 2) resolució d'aquests motius; 3) percepció de fatiga (registrada en una escala de 0-10 punts abans de començar la jornada i al finalitzar-la; 4) nivell de *burn-out* (es va fer servir el test de Maslach abans del registre assistencial).

Resultats: es van analitzar 267 jornades. El 63,3% eren jornades ordinàries, un 10% de consulta COVID-19 (respiratòries), un 9% d'urgències no COVID-19 i la resta jornades mixtes. La fatiga, abans de començar va ser de 3,01 punts ($\pm 2,2$) [0-9]. La fatiga mitjana al finalitzar va ser de 5,92 ($\pm 2,2$) [0-10]. Amb més de 13.000 motius de consulta, el 63% es van considerar no complexes. Les complexitats clíniques van ser les més freqüents, 18,7%, seguides de les complexitats comunicativa i emocional. Es van considerar resolts el 47,6% dels motius de consulta, el 43,2 % es continuava seguint i un 9% van derivar-se a altres professionals (de dins o de fora de l'equip). El *burn-out* dels professionals que van participar va ser d'un 29%. *Burn-out* i fatiga presenten correlació positiva (+2,18) $p < 0,0001$. *Burn-out* i derivació, i *burn-out* i resolució presenten una correlació negativa (-1,78 i -3,122, respectivament) $p < 0,0001$. *Burn-out* vs. complexitat presenta correlació positiva (+4,22) $p < 0,0001$.

Conclusió: el metges que pateixen *burn-out* es troben més cansats a l'inici i al final de la jornada laboral, registren visites més complexes, i resolen i deriven menys que els que no en pateixen. Que gairebé una tercera part del col·lectiu mèdic pateixi *burn-out* ens ha de preocupar molt.

TANIA RUIZ AGUILAR
FERNANDO NACHER ORDÓNEZ
SARA RODRÍGUEZ ARIZA

Contacte:
fnacher.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7892

Doctora, tengo una mancha en la axila... ah, y un bulto en la espalda

Es presenta el cas d'un pacient masculí de 58 anys que inicialment consulta per una lesió eritematosa a l'aixella esquerra. Com a antecedents només presenta un liomiosarcoma fa 11 anys, en seguiment per oncologia i una meniscopatia. Bona relació familiar. L'aspecte de la lesió ens orienta cap a una dermatofitosi fúngica per a la qual se li dona tractament amb clotrimazole durant 1 setmana.

Hi ha bona evolució clínica, però persisteix lesió. La dermatofitosi fúngica ha millorat, però s'observa èczema. Es decideix tractament amb Lexxema[®]. A més a més el pacient consulta per tumoració a l'espatlla dreta de 10 cm x 10 cm, de manera sobtada, des de fa 15 dies. Ell es troba asimptomàtic. Se li demana ecografia preferent de parts toves i s'observa una tumoració sospitosa de malignitat sòlida i hipoecogènica de 7 cm, heterogènia i vascularitzada. No es pot descartar que sigui un tumor primari o una metastasi i, per tant, es fa una tomografia computada toracoabdominal. S'hi observen diverses alteracions, a destacar metastasis pulmonars, a la paret toràcica, renals i pelvianes. Davant dels resultats de les proves complementàries i l'antecedent del liomiosarcoma es posa en contacte amb la seva oncòloga, que decideix fer biòpsia de la tumoració i es confirma recaiguda del liomiosarcoma.

La conclusió és que en aquest pacient va ser important la rapidesa de l'ecografia de les parts toves i que la lesió que presentava en la primera consulta, que era el principal motiu de la consulta, possiblement podria ser una acantosi *nigricans*.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SÍLVIA FERRER MORET
MARÍA ANTONIA POU GIMÉNEZ
SÍLVIA JEREZ ORTIZ
ANNA CASAS VIDAL
ELENA ARTAL TRAVERIA
ROCÍO NAVIDAD DE LA PLATA

Contacte:
32784sfm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7894

Efectes del certificat digital COVID-19 en la decisió de vacunar-se

Objectiu: conèixer els motius de la no vacunació contra la COVID-19 d'usuaris no vacunats i si l'entrada en vigor de l'obligatorietat del certificat digital COVID-19 per accedir a bars, restaurants, gimnasos i residències de gent gran, del 3 de desembre del 2021 a Catalunya ha estat motiu de vacunació.

Pacients i mètodes: estudi qualitatiu en un equip d'atenció primària urbà. Es realitzen entrevistes telefòniques semiestructurades a tots els pacients no vacunats contra la COVID-19 agendats en una consulta de medicina durant els 2 mesos previs a l'entrada en vigor de l'obligatorietat de presentar el certificat digital COVID-19 per accedir a bars, restaurants, gimnasos i residències de gent gran (resolució aplicada a partir del 3 de desembre de 2021). Transcripció literal i anàlisi del contingut amb categorització oberta. Treball aprovat per la comissió ètica del centre. Limitacions: 10 minuts/entrevista.

Resultats: 27 entrevistes, 41,7 anys, 55,5% homes. Motius de la no vacunació: 25,9% per desconfiança en l'eficàcia de la vacuna; 25,9% per por a efectes secundaris; 18,5% perquè ja han passat la malaltia de forma natural i no creuen en la necessitat de vacunar-se; i altres motius: suposada prescripció mèdica, negacionisme o perquè la vacuna és fruit d'interessos farmacèutics. Possibilitat de vacunar-se en els propers 6 mesos davant l'obligatorietat del certificat digital COVID-19: un 44,5% afirma que se sent obligat a vacunar-se per necessitat social o laboral (edat mitjana de 35,7 anys); un 44,5% refereix que el certificat no canviarà la seva decisió vacunal (46,3 anys), i un 11,1% es mostra indecís.

Conclusions: els motius principals de la no vacunació són la desconfiança en l'eficàcia de la vacuna i la por als efectes secundaris. El certificat digital COVID-19 probablement augmentarà la cobertura vacunal, especialment en la població més jove, per la necessitat social i laboral que comporta.

MARTA VILLALONGA PRATS
ANGELS PASCUAL DIAGO
ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS

Contacte:
mvillalongaprats@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7895

¡Si solo es un pinchazo!

Àmbit: atención primaria y hospital.

Motivo de consulta: dolor lumbar de una semana de evolución, iniciado mientras realizaba yoga, irradiado a la cara posterior del miembro inferior derecho, que aumentaba a la flexión de la cadera. Se asocia con fiebre de hasta 40 °C. Refirió haber acudido previamente a urgencias en más de una ocasión y fue tratada con metamizol y dextetoprofeno intramuscular.

Historia clínica: enfoque individual: antecedentes de disgenesia gonadal pura XY intervenida de ooforectomía bilateral a los 15 años, historia cardiológica de infarto agudo de miocardio a los 32 años y alopecia universal desde agosto de 2021 en contexto de estrés.

En la exploración física destacaba un mal estado general, temperatura de 37,9 °C e impotencia funcional del miembro inferior derecho. Ante la sospecha de proceso infeccioso a nivel de la columna vertebral, se derivó a urgencias para pruebas complementarias donde destacaba la elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia importante.

Sospecha diagnóstica: infección vertebral (osteomielitis, absceso epidural o paravertebral).

Actuación: se solicitó tomografía computarizada urgente y se objetivó absceso multiloculado a nivel del músculo iliaco y hasta piramidal derecho (70 mm en el eje longitudinal) y componente flemonoso. Se comentó con los servicios de traumatología y de cirugía, que descartaron drenaje. Se inició ceftriaxona y cloxacilina hasta el resultado de los hemocultivos. En ellos se aisló *Streptococcus pneumoniae*. La resonancia magnética de control mostró signos de sacroileitis derecha en contexto de infección por continuidad (posiblemente iniciada por las múltiples inyecciones intramusculares) por lo que se decidió iniciar dalvabancina.

Evolución: la paciente se mantuvo afebril con disminución de reactantes de fase aguda y leucocitosis, con mejoría significativa de la movilidad de la pierna derecha.

Conclusiones: en nuestra práctica habitual es frecuente la administración de fármacos utilizando la vía intramuscular, sin tener en cuenta que no es una técnica exenta de riesgos, que en muchas ocasiones infravaloramos.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRENE RUIZ ROJANO
MARIA ALPISTE GRUAS
DAVID JARA BOGUÑA
EVA LECEAGA-GAZTAMBIDE

Contacte:
eleceaga.mn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7896

La primera vegada agafant una sonda

Objectius de l'experiència: aportar coneixements bàsics de la utilització de l'ecografia.

Descripció de l'experiència: sessions dirigides a adjunts i residents on s'intenta implementar el neguit per aquesta nova competència que està en auge.

Es van crear petites sessions amb grups reduïts. En elles es va iniciar els companys en el món de l'ecografia. Es van fer sessions més pràctiques que teòriques, per explicar el funcionament de l'ecògraf i l'exploració per determinar les estructures que s'analitzaven i l'ordre.

Les sessions van augmentar el nombre d'assistents progressivament. Tant adjunts com residents utilitzen ara en el seu dia a dia l'ecografia com a part de l'exploració del pacient.

Conclusions: va ser una experiència enriquidora en què vam aprendre aquesta nova competència. La unitat docent no havia facilitat l'aprenentatge. Tanta va ser l'empenta que s'han fet projectes presentats a la WONCA sobre ecografia.

Aplicabilitat: actualment l'ecografia és una eina que serveix per avaluar patologies i aproximar els nostres diagnòstics en l'atenció primària.

M. TERESA JOVÉ MARTÍNEZ
NEUS MIRÓ VALLÉ
MARC OLIVART PAREJO

Contacte:
mterejove@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7898

Hipertransaminasèmia greu com a troballa casual en pacient asimptomàtic

Home de 72 anys acudeix a la consulta per resultats d'una anàlisi de control anual per glicèmia basal alterada (GBA). S'observa: glucosa 123 mg/dl, GPT/ALT 754 U/l, GOT/GPT 566 U/l, GGT 810 U/l.

Nega pressa habitual o esporàdica de fàrmacs. Consum d'1 got de vi al dia, no altres tòxics. Nega exercici intens.

Nega dolor abdominal, febre o pèrdua de pes.

Exploració física: tensió arterial de 135/84 mmHg; freqüència cardíaca de 74 bpm; pes 75 kg; IMC de 25,4. Abdomen anodi. No icterícia subconjuntival.

Es repeteix l'anàlisi al cap de 2 i 4 setmanes. Persisteixen xifres elevades de transaminases. Se sol·liciten serologies (dels virus de l'hepatitis B i C, VIH, citomegalovirus i virus d'Epstein-Barr), que són negatives, i coagulació, que és normal. Per tant, ens trobem davant d'una hipertransaminasèmia sostinguda en el temps i ens plantejem el diagnòstic diferencial amb hepatitis víriques, toxicomedicamentoses, alcoholisme o autoimmune.

Se sol·licita ecografia abdominal: vesícula biliar de parets engruixides de caràcter inespecífic i nova anàlisi amb estudi d'autoimmunitat amb ANA, anticossos anti-LKM i antimitocondrials negatius, i anticossos anti-múscul lliis positiu 1/80.

Un mes després de la primera anàlisi, el pacient explica astènia més marcada en la última setmana i pèrdua de pes de 4 kg en 2 mesos: es deriva a urgències. Li realitzen anàlisi: glucosa 203 mg/dl, FA 19,5 U/l, GOT/AST 953 U/l, GPT/ALT 1.116 U/l, GGT 1.497 U/l, bilirubina total 3,79 mg/dl, directa 1,95 mg/dl, indirecta 1,64 mg/dl, LDH 775 mg/dl. S'ingressa i es realitza biòpsia hepàtica: hepatitis crònica compatible amb hepatitis autoimmune, menys probable hepatitis tòxica *autoimmune-like*. Actualment en tractament amb prednisona 30 mg/dia descendent i azatioprina 50 mg/dia, pendent de control i evolució del perfil hepàtic per part de gastroenterologia.

Des de la consulta d'atenció primària es pot realitzar una aproximació diagnòstica acurada davant d'una troballa patològica com la hipertransaminasèmia marcada. En aquest cas, i a falta de la biòpsia, es va poder orientar com una hepatitis autoimmune.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS
MARTA VILLALONGA PRATS
DANIELA MONTALVO BARRERA

Contacte:

zjahernandez@gmail.com

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC 7899

Es valiosísima la información que nos aporta una visita domiciliaria

Àmbit: atenció primària.

Motivo consulta: "Mi madre no responde".

Historia clínica: enfoque individual: mujer de 88 años, hipertensa, con insuficiencia renal crónica, anticoagulada por fibrilación auricular y accidente isquémico transitorio, deterioro cognitivo leve, ansiedad, lumbociatalgia crónica. Barthel 40/100. Camina con andador. Vida cama-sillón. Vive con hija (cuidadora principal de su madre y de su marido), actualmente con síntomas de sobrecarga del cuidador.

Tratamiento habitual: bisoprolol, quetiapina, paracetamol, xarelto, pregabalina.

Exploración física en domicilio: somnolencia acentuada, responde a estímulos. Tensión arterial de 109/71 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso, globo vesical, fecaloma. Retención aguda de orina (RAO) y se coloca sondaje vesical. Tira de orina positiva para infección.

Enfoque familiar y comunitario: notamos a la hija sobrepasada por la situación y vemos cajas de medicamentos desordenadas en la habitación. Sospechamos posible error en su administración, repasamos y detectamos que está recibiendo quetiapina 125-125-125 (en receta 25-25-25).

Juicio clínico: infección del tracto urinario secundaria a RAO. Estreñimiento y RAO secundario a sobredosis de quetiapina.

Plan: iniciamos antibiótico, disminuimos quetiapina y extraemos fecaloma. Posteriormente presentó vómitos "color chocolate y de mal olor". Según nuestras indicaciones, es valorada en urgencias e ingresada por suboclusión intestinal y RAO. 10 días después fue dada de alta con laxante, bisoprolol, xarelto, paracetamol y mirtazapina.

Mientras tanto intensificamos el abordaje familiar y recomendamos un cuidador. La hija lo entendió, ahora tiene una cuidadora las 24 h. No ha presentado reagudización ni necesidad de ajustar tratamiento.

Conclusiones: la visita domiciliaria permite encontrar hallazgos no visibles en otros ámbitos, como la sobrecarga familiar y el desorden de medicación. Además, nuestra intervención va más allá del abordaje individual y sirve de soporte y ayuda a los familiares para reconocer la sobrecarga sin remordimientos y dejarse ayudar. Por último, ante el anciano con síntomas de somnolencia, RAO y fecaloma debemos tener en cuenta el efecto secundario de la medicación, sobre todo de los psicotrópicos.

IRENE RUIZ ROJANO
JOSEFA PLAZA URÉNDEZ
MARÍA LOURDES ROMÁN ALDAY
JESSICA MACHÍN ALEMÁN

Contacte:

globusabr@gmail.com

Nombre de registre:

XXVIII CAMFiC 7901

Desafío SemFYC

Objectius de l'experiència: adquirir coneixements actualitzats de patologies prevalents; aprendre a treballar en equip; planificar i realitzar una exposició.

Descripció de l'experiència: activitat ofertada per la SemFYC., on participen grups de residents amb un adjunt. Es posa un cas mensual amb un temps límit de resposta, és una competició a nivell nacional.

Conclusions: una experiència enriquidora on formàvem un grup per realitzar l'activitat i, del mateix centre d'atenció primària, participàvem diferents grups.

També aprofitàvem aquestes revisions de temes per realitzar sessions a l'equip.

Ens va servir per mantenir-nos actualitzades, i també per coincidir fent una activitat col·laborativa, fet que incentivava el treball en equip i la pràctica del desenvolupament de sessions.

A vegades, durant la residència, fem moltes rotacions externes que ens mantenen allunyats dels nostres centres d'atenció primària. Amb aquestes activitats tenim una excusa per reunir-nos i al mateix temps continuar amb la nostra formació.

Aplicabilitat: la nostra professió necessita mantenir-nos constantment actualitzats. Activitats com aquestes són una forma atractiva d'actualitzar els nostres coneixements en patologies d'atenció primària freqüents i fomentar el treball en equip.

MARTA VILLALONGA PRATS
ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS
DANIELA MONTALVO BARRERA
BELEN BESER BELTRÁN
AMAYA YOLDI ELCID
OSCAR PLA MOLINA

Contacte:
mvillalongaprats@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7902

¿Hay patologías que podrían asociarse al rechazo a la vacunación por COVID-19?

Objetivo: nuestro objetivo fue comparar el porcentaje de pacientes vacunados y no vacunados contra la COVID-19 que presentan patología de salud mental y analizar la relación entre la decisión de no vacunarse contra la COVID-19 y variables relacionadas con trastornos de salud mental.

Metodología: se seleccionó una muestra al azar ($n = 151$) de dos unidades básicas asistenciales del equipo de atención primaria Tortosa est (2.570 pacientes). Se recogieron datos de la historia clínica: variables sociodemográficas, antecedente de patología de salud mental, síntomas inespecíficos sin patología estructural, medicamentos psicotrópicos, otras vacunas recibidas y antecedente de COVID-19. Se hizo un análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje. Para detectar diferencias estadísticamente significativas, se realizó un contraste de diferencias de proporciones. Se calculó el odds ratio mediante regresión logística.

Resultados: observamos un mayor porcentaje de antecedentes de patología mental en el grupo de los no vacunados (26,3%) comparado con los pacientes vacunados (23,08%) y $p = 0,674$. Entre las patologías de salud mental observadas en el grupo de no vacunados, el mayor porcentaje fue de ansiedad, seguido de depresión y trastorno de la personalidad. También evidenciamos un porcentaje mayor de síntomas inespecíficos sin patología estructural en los no vacunados (13,7%) comparado con los vacunados (6,5%) ($p = 0,135$). Los resultados confirman nuestra hipótesis al encontrar un porcentaje mayor de dicho antecedente en los pacientes no vacunados. Sin embargo, la diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa y pensamos que esto es debido a que manejamos un pequeño tamaño muestral.

Conclusión: existe una asociación entre la no vacunación y la patología de salud mental. Sin embargo, en nuestro estudio este hallazgo no ha sido significativo, pero origina nuevas hipótesis y planteamos un nuevo proyecto que aumente el tamaño muestral y mejore los criterios de inclusión y exclusión.

ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS
BELEN BESER BELTRAN
MARTA VILLALONGA PRATS
DANIELA MONTALVO BARRERA

Contacte:
zohahernandez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7903

Empoderando al paciente en la deshabituación tabáquica

Objetivo: adaptar las estrategias de deshabituación clásicas a la nueva realidad de la consulta a distancia, mediante los medios telemáticos e individualizando según las necesidades de cada paciente.

Descripción: acostumbrados a los grupos de deshabituación tabáquica, en marzo de 2020 nos vimos obligados a adaptarnos a la nueva realidad y transformar el modelo habitual por uno individual y a distancia, con la misma duración de 6 semanas, pero con consultas telefónicas y envío de información por correo.

1.^a consulta: diagnóstico de FUMADOR y test de Fagerström extenso. Propuesta de trabajo y mensaje de bienvenida con refuerzo positivo. Enviando el siguiente material para que se trabaje en las semanas siguientes:

- Registro cuantitativo de cigarrillos.
- Técnicas de desautomatización.
- Beneficios de dejar de fumar.

2.^a consulta: comprobar el cumplimiento, pactar el día D y ofrecer ayuda farmacológica (bupropión o vareniclina). Enviando el siguiente material:

- Beneficios, recomendaciones y alternativas para los primeros días y carta de Terenci Moix.

3.^a consulta: comprobar el día D, responder dudas, valorar efectos secundarios a la medicación, refuerzo de convicciones. Y a través del correo felicitamos el éxito, animamos a celebrarlo y facilitamos técnicas de relajación, consejos para prevenir un desliz y la evitación de autoengaños.

4.^a consulta: reforzar convicciones, mantener el apoyo y prevenir recaídas. Renovar la medicación si es necesario.

Conclusiones: debemos adaptarnos al cambio incorporando nuevas tecnologías y sin olvidar la asistencia presencial. Debemos ofrecer la coexistencia de diferentes tipos de programas (individual, grupal, presencial o telemático), según las necesidades del paciente.

Con este tipo de estrategias se empodera al paciente y se le facilita la información necesaria para lograr su objetivo, con nuestro apoyo y orientación.

Aplicabilidad: se puede aplicar en las consultas diarias tanto por parte de médicos como de enfermería, para conseguir la deshabituación en pacientes en fase de preparación o acción.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

NEUS MIRÓ VALLVÉ
M. TERESA JOVÉ MARTÍNEZ
MARC OLIVART PAREJO

Contacte:
miro.vallve@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7904

Una causa poc freqüent d'hematúria en el nostre àmbit

Noia de 15 anys, sense antecedents personals d'interès, natural de Mali, recentment arribada al nostre país (2 mesos abans). Consulta per quadre de macrohematúria diària al final de la micció, de 7 dies d'evolució. No dolor. No febre. Exploració física anodina. Iniciem estudi amb analítica de sang i orina i ecografia urològica a atenció primària. A l'ecografia, ambdós ronyons són de grandària i morfologia normals, sense dilatació pielocalicina, imatge arrodonida de 27 mm al ronyó esquerre amb contingut ecogènic i nòdul hiperecogènic que planteja diagnòstic diferencial entre quist complicat vs. altres diagnòstics. Bufeta normal. Davant la troballa, derivem a urologia. Analítica de sang normal excepte discreta eosinofília i orina amb traces d'hemoglobina. La cistoscòpia informa "d'uretra permeable amb bufeta amb lesions i edema amb calcificacions al trígon". D'acord amb els antecedents (recentment arribada de Mali i presència de calcificacions i lesió edematosa a la bufeta), urologia sol·licita serologia i paràsits en orina, on s'aïlla *Schistosoma haematobium*. Es tracta amb praziquantel (dosi única i repetir al cap de 10 dies).

L'esquistosomiasi és prevalent a regions tropicals i subtropicals, sobretot a comunitats pobres sense accés a l'aigua potable. Hi ha dues formes principals d'esquistosomiasi: intestinal i urogenital.

L'ecografia és una tècnica senzilla, innòcua, accessible i que ens aporta gran informació per complementar la clínica. Cada vegada són més els metges de família que aposten per ella i es formen en aquest camp, fet que augmenta moltíssim la capacitat diagnòstica i resolutiva, i optimitza derivacions a l'atenció especialitzada i disminueix el temps d'espera.

ZOJAINA HERNÁNDEZ ROJAS
M. ROSA DALMAU LLORCA
DANIÉLA MONTALVO BARRERA
MARTA VILLALONGA PRATS

Contacte:
zohahernandez@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7905

¿Alguien tiene el último protocolo?

Objetivo: mejorar la calidad asistencial y brindar seguridad a los profesionales sanitarios por los constantes cambios de protocolos durante la pandemia por COVID-19.

Descripción: a través de una aplicación de mensajería gratuita ampliamente conocida (WhatsApp) creamos un grupo llamado "COVID-ciudad" donde inicialmente incluimos a los profesionales de nuestro equipo de atención primaria (EAP), pero al cual posteriormente se fueron sumando profesionales de otros EAP del mismo territorio (constituídos por médicos, enfermería, auxiliares) incluso compañeros de la unidad de prevención de riesgos, epidemiólogos, directivos y pediatras.

Antes de entrar en el grupo, se les enviaba el siguiente mensaje: "Buenas tardes, el objetivo del grupo es mantenernos actualizados, resolver dudas y unificar criterios. Que todos trabajemos en la misma dirección.

- 1) Se pueden presentar dudas puntuales o casos sin identificación del paciente (solo sexo y edad, por ejemplo, sin nombre, CIP o número de historia, ni tampoco lugar de trabajo a menos que sea imprescindible para la toma de decisiones).
- 2) Se pueden compartir protocolos, imágenes o archivos actualizados y relacionados con la COVID-19, siempre y cuando sea previamente leído y aporte algo al grupo (no es aconsejable sobrecargar de información, porque la idea es SIMPLIFICAR y UNIFICAR criterios).
- 3) No pasar bulos, noticias ni cadenas.
- 4) Los mensajes de este grupo se consideran información sanitaria y confidencial, y está prohibido compartir información de los casos con personas ajenas a la profesión.

Bienvenid@s y gracias por apoyar la iniciativa"

Conclusiones: la creación del grupo ha significado una herramienta de gran valor para todos los profesionales. A través de ella, diariamente consultamos las dudas referentes a la actuación ante resultados de pruebas diagnósticas, sobre el tratamiento en casos especiales e incluso dudas referentes a vacunación. Además es una forma práctica de tener a mano los protocolos actuales.

Aplicabilidad: aplicable en el ámbito de atención primaria y extensible a otros.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

SÍLVIA HUEL GAS FERNÁNDEZ
M. ÀNGELS PIÑAR
MARTA ARAGÓN

Contacte:
silvia@huelgas.net

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7906

Bloqueig de branca esquerra paroxístic

Motiu de consulta: control de crònics.

Home de 82 anys amb els següents antecedents personals: insuficiència renal crònica, hipertensió arterial, dislipèmia i trastorn d'ansietat. Curs estable en totes aquestes afeccions... Realitza tractament amb doble diürètic, tractament antihipertensiu, antagonistes dels receptors de l'angiotensina II i inhibidors selectius de la recaptació de serotonina. Sense hàbits tòxics.

Acudeix a la consulta d'infermeria per fer un control de patologies cròniques, on es quantifica una pressió arterial correcta i es realitza un electrocardiograma (ECG) sense alteracions destacables. L'endemà infermeria s'adona que va equivocar-se al col·locar els elèctrodes i li demana al pacient que torni a la consulta per repetir l'ECG.

El mateix dia torna i se li realitza un 2n ECG. En aquest s'observa per primera vegada un bloqueig de branca esquerra (BBE).

A l'interrogatori nega simptomatologia de dolor toràcic, opressió, dispnea, molèsties abdominals... Passats 5 minuts es realitza un 3r ECG on ja ha desaparegut el bloqueig i a continuació una tira llarga sense alteracions.

Judici clínic: davant d'incertesa i absència de simptomatologia s'envia el pacient a domicili i es realitza interconsulta amb cardiologia de manera preferent.

Des de cardiologia orienten el diagnòstic com un bloqueig de branca esquerra complet de fase depenent (paroxístic) sense rellevància clínica. Recomanen realitzar ecocardiograma per descartar patologia estructural.

Pla d'actuació: es mantindrà la pauta habitual de medicació i es restarà a l'espera del resultat de l'ecocardiograma. S'informa de signes d'alarma.

Conclusions: en aquest cas s'observa com la constància en el control dels pacients crònics és de gran utilitat. En aquest pacient se seguirà amb un ECG de control i probablement s'identificarà en un futur un BBE permanent. Amb tot això es demostra que tot i que la majoria de proves que es realitzen com a prevenció primària al centre d'atenció primària no solen presentar alteracions, no s'ha d'abaixar la guàrdia.

ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA

Contacte:
gabrielapimd@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7908

Quando no todo encaja

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: hematuria.

Enfoque individual: antecedents personals: bebedor ocasional, consumo esporàdic de LSD.

Historia clínica: hombre de 24 años que acude a Urgencias del centro de atención primaria por hematuria intermitente, disuria asociada a dolor en genitales y "secreción de una babilla blanca", controlado inicialmente con analgesia, inicia estudio de manera ambulatoria en atención primaria.

Constitución pícnica, peso 55 kg.

Tira de orina: hematíes +++. Proteinuria de 24 h negativa. Herpes 1 y 2 anticuerpos inmunoglobulina M 0,76 y G 2,75. Serologías, infecciones de transmisión sexual (ITS) negativas. Proteinograma normal. Anticoagulante lúpico y HLA B5+. ANA, anticuerpos anticardiolipina, glicoproteína negativos. Complemento normal. Ecografía abdominal, transrectal, cistoscopia normales. Tomografía computarizada: vena renal izquierda retroaórtica.

Enfoque familiar y comunitario: pareja asintomática.

Juicio clínico: síndrome del Cascanueces y síndrome de Behçet.

Diagnóstico diferencial: ITU, litiasis, neoplasias, glomerulonefritis, traumatismos, ITS.

Evolución: al mes consulta por aftas orales y genitales, tratadas con aciclovir con resolución de los síntomas. Reconsulta a los 15 días por úlceras con afectación esofágica, fiebre, pérdida de peso que empeora la hematuria, ingresado por gingivostomatitis herpética febril asociada a conjuntivitis tratada con aciclovir y corticoides con resolución.

HLA B5 positivo confirma el síndrome de Behçet. Inicia tratamiento con colchicina 0,5 mg/12 h, tras 4 meses de tratamiento no presenta recidivas. Se solicita nuevamente cultivo de orina, semen, frotis para descartar patología infecciosa, previo tratamiento inmunosupresor y anticoagulante lúpico de control. Cirugía vascular decide tratamiento médico. Tras ganar 5 kg en 6 meses la hematuria desaparece.

Conclusiones y aplicabilidad a la medicina de familia: ante un episodio de hematuria se debe identificar el origen. Las pruebas disponibles en atención primaria ayudan a disminuir el tiempo de espera hasta la visita del especialista y disminuye la incertidumbre del paciente.

La longitudinalidad permite mantener una buena relación médico-paciente y mejorar la satisfacción disminuyendo la hiperfrecuentación a urgencias.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

KARLA ANDREA SANTIS UGARTE
SILVIA ALVAREZ VEGA
CLARA SENDRA

Contacte:
karlsaug@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7909

Hidrosadenitis

Pacient que acude al centre de atenció primària per dolor plantar.

Enfoque individual: antecedents personals: hipertensió arterial, obesitat, tabaquisme.

Al realitzar electrocardiograma de control observem lesions a nivell axilar de mesos d'evolució. Refereix dolor en la mobilització, però resta importància a les lesions.

Lesions a nivell axilar bilateral: forúnculs, abscessos amb eritema, calor local i induració en pell perillesional. Hi ha cavitacions en les lesions obertes. Se objetiva exudat purulent abundant i pell de les pliegues formades per les lesions macerades. Presenta ganglis limfàtics axilars inflamats.

Enfoque comunitari: el pacient acompanyava a la seva mare: és cuidador de pacient crònic. Estava centrat en els cures de la mare i ha restat importància a la seva salut. Valorarem realitzar el test de sobrecarga del cuidador i posar-lo en contacte amb treballadora social per possibles ajudes relacionades amb la dependència i proporcionar al pacient més temps per al seu propi autocuidat.

Orientació diagnòstica: la aparició i la localització (zona amb glàndules apocrines) de les lesions orienta al diagnòstic de hidrosadenitis. El pacient nos informa que ha presentat lesions similars amb anterioritat. El pacient presenta antecedents personals que s'associen amb exacerbacions de hidrosadenitis.

Tratament i plans d'actuació: se inicia tractament antibiòtic amb cloxacilina sòdica 10 dies/6 h. Se inicien cures cada 48 h amb lavados de povidona iodada i fibra de hidrocoloides per control d'exudat. Se deriva al servei de dermatologia.

Evolució: evolució favorable amb antibiòtic i cures de les lesions.

Conclusions: la hidrosadenitis és una malaltia crònica poc visualitzada i infradiagnosticada, encara que té moltes repercussions a nivell social i produeix problemes relacionats amb la autoimatge i l'autoestima. Cal facilitar el diagnòstic a les persones afectades per poder proporcionar-les l'ajuda que requereixen tenint en compte les esferes biològica, psicològica i social de la salut.

Disponem de l'autorització expressa del pacient.

ELENA ARTAL TRAVERIA
SILVIA FERRER MORET
MARIA ANTONIA POU GIMÉNEZ

Contacte:
32784sfm@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7912

Tumor al dit de la mà

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: dona de 80 anys que consulta per l'aparició d'una tumoració a la base del primer dit de la mà dreta que ha anat creixent progressivament durant els últims 6 mesos.

Història clínica: enfocament individual. Antecedents personals: hipertensió arterial, dislipèmia, artrosi.

Enfocament familiar i comunitari: vídua, viu sola. Independent per a les activitats de la vida diària. Bon suport familiar.

Diagnòstic diferencial: consulta per tumoració a nivell de l'articulació metacarpofalàngica del primer dit de la mà dreta, de consistència tova, forma arrodonada, de 3 cm de diàmetre, marges regulars, no adhiereix a plans profunds, indolor, sense signes d'inflamació ni canvis de coloració i que ha provocat una limitació funcional progressiva del polze a mesura que ha anat creixent. L'orientació diagnòstica inicial és de quist sinovial, però l'augment progressiu de mida de la tumoració ens obliga a fer un diagnòstic diferencial amb tumors de parts toves. Se sol·licita una ressonància magnètica que mostra una imatge compatible amb un tumor de cèl·lules gegants (TCG) de la beina sinovial del polze dret.

Pla d'actuació: la pacient és derivada a traumatologia per valorar tractament quirúrgic.

Evolució: es realitza intervenció quirúrgica amb extirpació de la tumoració i es confirma el diagnòstic a través de l'estudi anatomopatològic.

Conclusions: el quist sinovial o ganglió és la tumoració digital osteotendinosa més freqüent a les mans, però no hem d'oblidar altres entitats com el tumor de cèl·lules gegants. Es tracta d'una neoplàsia amb un baix potencial maligne, molt infreqüent, d'etiologia desconeguda, que suposa quasi la meitat dels tumors de parts toves de la mà. La ressonància magnètica és considerada la prova d'imatge d'elecció encara que l'ecografia també pot ser diagnòstica. El seu tractament és l'extirpació completa encara que les recidives solen ser freqüents.

BRENDA DUCH JUVINYA
HADA IGLESIAS LÓPEZ
INGRID ROCA BRASO

Contacte:
brendaduch.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7913

Importància de l'anamnesi per al diagnòstic precoç de l'úlcer lingual

Àmbit del cas: consulta d'atenció primària.

Motiu de consulta: úlcer lingual dolorosa.

Història clínica: enfocament individual: pacient de 55 anys sense al·lèrgies medicamentoses. Antecedent d'hipertensió arterial tractada amb antihipertensius. Fumador d'un paquet i mig/dia i consum d'alcohol de 8 UBE diàries.

Consulta per una úlcer de la llengua de 6 mesos d'evolució. Explica dolor intens que ha derivat en la consulta. Es comenta amb odontòloga del nostre centre.

Exploració física: úlcer lingual del terç mitjà de la vora lateral dreta de la llengua mòbil. No adenopaties.

Es planifica biòpsia i tomografia computada (TAC) cervicofacial.

Exploracions complementàries: TAC de coll. S'observa una asimetria a la captació de les vores linguals amb major captació a la vora dreta. Afecta al terç mitjà i posterior de la llengua mòbil. No afecta a la base de la llengua. No s'aprecien imatges suggestives de disseminació ganglionar.

Enfocament familiar i comunitari: separat des de fa anys de la seva parella, tenen una filla amb qui no manté relació. Viu en un pis compartit.

Judici clínic: carcinoma escamós infiltrant.

Diagnòstic diferencial: processos infecciosos, malalties mucocutànies, neoplàsies, malalties gastrointestinals, alteracions sanguínies, malalties reumatològiques, fàrmacs, traumatismes.

Tractament i plans d'actuació: es realitza glossectomia parcial dreta tributària de radioteràpia complementària. Actualment segueix controls a l'hospital de referència i al centre d'atenció primària de referència, que realitza les cures i fa suport.

Conclusions: moltes malalties que es manifesten com a úlceres orals són diagnosticades pel seu aspecte clínic, com la estomatitis herpètica o l'aftosi oral recidivant, però en general ens trobem davant d'una entitat de difícil identificació. A tot pacient amb una úlcer de més de 3 setmanes de duració, cal realitzar biòpsia per descartar malignitat, infeccions cròniques o malalties sistèmiques. És important detectar-ho des d'atenció primària, ja que és la porta d'entrada a la sanitat en molts casos.

EVA JIMÉNEZ HIGUERAS
CRISTINA LÓPEZ MOMPÓ
VIOLETA SASTRE HUERTES

Contacte:
evajzhs@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7914

Doctora, tinc una tosseta...

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: tos amb esputos hemoptòics.

Història clínica: enfocament individual: dona de 92 anys, sense al·lèrgies conegudes ni hàbits tòxics. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Antecedents patològics: dislipèmia, cardiopatia isquèmica crònica, osteoporosi i tuberculosi a la joventut. Polimedicada, a destacar doble antiagregació. Va treballar a la indústria tèxtil.

Consulta per tos d'un any d'evolució a la qual s'han afegit escassos esputos hemoptòics les últimes setmanes. Sense dificultat respiratòria, síndrome constitucional ni altra simptomatologia acompanyant.

Exploració física: murmuri vesicular conservat, sense sorolls sobreafegits, no es palpen adenopaties. Resta anodina.

Exploracions complementàries: analítica normal i radiografia de tòrax que mostra un augment de densitat a la base esquerra. Es realitza tomografia computada toràcica que evidencia opacitat del lòbul inferior esquerre amb component atelectàtic i vessament pleural associat.

Enfocament familiar: viu sola al seu domicili. Bon suport familiar.

Judici clínic: per completar estudi, amb sospita de possible procés maligne, es deriva a la pacient de forma urgent al segon nivell assistencial.

Fibrobroncoscòpia amb rentat alveolar: negatiu per a cèl·lules malignes. Tomografia per emissió de positrons: massa hipermetabòlica al lòbul inferior del pulmó esquerre amb extensió pleural, suggestiva de malignitat. Finalment, amb la biòpsia s'arriba al diagnòstic d'adenocarcinoma pulmonar en estadi IV.

Tractament i plans d'actuació: s'informa dels resultats i significació clínica. Donades les comorbiditats, el consens del pacient, els familiars i l'equip mèdic és el tractament amb immunoteràpia.

Evolució: la pacient va iniciar tractament amb osimertinib, amb bona tolerància i segueix controls a oncologia.

Conclusions: tot i que actualment no existeix un programa de cribratge poblacional establert per al càncer pulmonar, com el diagnòstic precoç condiciona el seu pronòstic, els metges d'atenció primària hem d'estar alerta davant de pacients amb factors de risc associats, sense oblidar el tabaquisme en fumadors passius, que presentin clínica compatible amb aquesta patologia.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARÍA ASCORBE GARCÍA
LAIA PONT SERRA
ALBA JUNYENT BASTARDAS
QUERALT LORENTE MÁRQUEZ

Contacte:
maria.ascorbe@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7915

Masa supraclavicular, enfoque desde atención primaria

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: masa supraclavicular izquierda de 2 meses de evolución.

Historia clínica: paciente de 70 años, exfumador desde 2011, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con Foster® cada 12 h. Refiere aparición de bultoma supraclavicular izquierdo desde hace 8 semanas, no doloroso. Además molestias abdominales, dolor cólico y dispepsia, acompañados de episodios diarreicos puntuales sin restos patológicos. No síndrome tóxico.

En la exploración, masa de consistencia blanda adherida a planos profundos, no dolorosa, no se palpan otras adenopatías regionales. Exploración abdominal y tacto rectal normal.

Se realiza ecografía de cuello en la que se evidencian imágenes ecográficas compatibles con patología ganglionar inflamatoria, ganglio de características inespecíficas de dimensiones levemente aumentadas 8,07 mm x 8,7 mm x 3,85 mm.

Ante los resultados se solicita analítica de sangre, sin alteraciones, radiografía de tórax normal y sangre oculta en heces positiva.

Se hace derivación a unidad de diagnóstico rápido donde se realiza estudio completo, tomografía computarizada toracoabdominal y colonoscopia con diagnóstico final de neoplasia de sigma estenosante.

Actualmente pendiente de intervención quirúrgica y estadiaje.

Juicio clínico: adenopatías metastásicas.

Diagnóstico diferencial: patología infecciosa (tuberculosis, toxoplasmosis), procesos neoforativos malignos (linfomas, metástasis), masas subcutáneas (lipomas, quistes), sarcoidosis, patología pulmonar crónica.

Conclusiones: las masas supraclaviculares son un reto diagnóstico para el médico de atención primaria. Es importante estar alerta dado que el 70% de los bultomas supraclaviculares en mayores de 40 años son de origen tumoral. La anamnesis y la exploración física exhaustivas asociadas al uso de ecografía en consulta ayudan a orientar y aceleran el proceso diagnóstico.

SONA PILARCIKOVA
MARÍA LUISA BENITO SERRANO
MONTSE PINYOL MARTÍNEZ
VANESA MAURI VÁZQUEZ

Contacte:
mlbenito@clinic.cat

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7916

Aprender a comunicar malas noticias en la pandemia de COVID-19

Objetivos de la experiencia: desarrollar un taller de formación en la habilidad de comunicar malas noticias, dirigido a residentes de medicina y enfermería mediante el uso de videograbaciones de entrevistas clínicas con el método PBI (*Problem Based Interview*). Crear un espacio de encuentro entre tutores y residentes para mejorar la comunicación asistencial con los pacientes en las consultas de atención primaria (AP).

Descripción de la experiencia: actividad de formación dirigida a facilitar una capacitación en la habilidad de comunicar malas noticias. El docente realiza exposiciones teóricas breves, análisis con vídeos didácticos y videograbaciones de una consulta real simulada realizada por residentes de medicina y enfermería. El análisis posterior se realiza mediante un *feedback* de forma constructiva que sirve para mejorar y desarrollar habilidades comunicativas en la tarea compleja de dar malas noticias. Participaron cuatro residentes de medicina de la Unidad Docente y dos residentes de enfermería. La evaluación del curso consta de una encuesta de satisfacción donde se valora tanto el taller como la afectación de la mascarilla en la comunicación asistencial con los pacientes, de la misma forma, también se realiza el visionado de una entrevista clínica preparada por los residentes con errores y aciertos; posteriormente, se responde a un cuestionario sobre la comunicación asistencial que aparece en el vídeo. Resultados: el promedio de satisfacción general del curso es de 9,5 sobre 10.

Conclusiones: se ha desarrollado una experiencia docente altamente satisfactoria para los residentes y que facilita el aprendizaje en la comunicación de malas noticias, así como un espacio para compartir experiencias entre tutores y residentes.

Aplicabilidad: el método PBI en formato taller proporciona a los residentes una formación básica en la habilidad de comunicar malas noticias y facilita las herramientas para la mejoría progresiva de esta. Es un método sencillo y aplicable en las unidades docentes de AP.

ALBA QUINTÀ VALLÉS
LAURA SOLÉ LLOMBART
M. MONTSERRAT LLOVERAS CLOS
FLOR ESCALADA GUTIÉRREZ

Contacte:
albaquintavalles@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7917

Demostrant la potència de la col·laboració atenció primària-hospitalària

Objectius: demostrar una millora de la qualitat de l'atenció en cures pal·liatives mitjançant abordatge multidisciplinari i presa de decisions compartides.

Descripció: dona de 94 anys institucionalitzada (residència assistida). Vídua, dues filles. Antecedents d'hipotiroïdisme, hipertensió arterial, insuficiència renal lleu i deteriorament cognitiu (GDS4).

Derivada el juny de 2018 per màcula hiperpigmentada a conjuntiva temporal de l'ull esquerre. Es biòpsia amb exèresi local que confirma melanoma conjuntival invasiu. Per l'edat i l'estat funcional es descarta la possibilitat de braquiteràpia/cirurgia i s'inicia mitomicina local. El juny de 2020 es canvia a interferó alfa-2b per una nova lesió nasal.

El setembre següent, davant la progressió i el baix índex de resposta al tractament, es deriva a cures pal·liatives i atenció primària.

El desembre de 2020 es recontacta amb oftalmologia per la complexitat del cas (baixa prevalença, atípica evolució), per progressió exofítica i gran creixement local (5 cm de diàmetre) de la massa que impedeix el tancament de parpelles i interfereix en la vida diària per molèsties locals contínues i importants sagnats. S'inicia un treball multidisciplinari intens que inclou avaluació clínica conjunta a domicili, revaluació del tractament en sessions clíniques hospitalàries (del propi servei i amb serveis de referència) i visites conjuntes amb la família per valorar el millor tractament (contemplant la totalitat d'opcions). La pacient és èxitus el maig de 2021.

Conclusions: arran de la demanda de col·laboració per atenció primària s'inicia des d'oftalmologia una revaloració del cas des d'una perspectiva pal·liativa que ha millorat la qualitat de l'atenció. Ha ajudat a ser més conscients de l'evolució de patologies que es deixen de seguir des d'oftalmologia quan es consideren pal·liatives i ha proporcionat una presa de decisions consensuada, argumentada i integrada en la realitat del cas.

Aplicabilitat: la col·laboració interdisciplinària coordinada des d'atenció primària millora la qualitat de l'atenció en qualsevol moment de la patologia. El treball en equip millora la professionalitat de tots els seus components donat l'aprenentatge adquirit.

RIMA BARHOUM TANNOUS
BEATRIZ VILLAR NUÑEZ
OLGA OLIVEIRA DE CARVAHLO

Contacte:
mariarimabt@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7918

Neumatosis intestinal por bridas. La importancia de una buena exploración abdominal, que un residente de medicina de familia y comunitaria ¡¡¡nunca debe olvidar!!!!

Hombre 82 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, ictus isquémico izquierdo, apendicectomía y colecistectomía, que acude a urgencias del hospital por dolor abdominal agudo de 24 h de evolución, acompañado de vómitos (de contenido espeso y oscuro según refiere) que no relaciona con las comidas. Al ingreso afebril. En la anamnesis se averigua que el paciente presenta "un poco de tos" expectorante de semanas de evolución. En la exploración física, auscultaciones cardíaca y respiratoria dentro de la normalidad, abdomen depresible con leve dolor difuso más intenso a la palpación en hipocondrio derecho. Radiografías de tórax normal y de abdomen con abundantes gases y heces en marco colónico, resto normal. Tomografía computarizada (TAC) abdominal informada "sin signos de patología aguda en abdomen", pero con la presencia de condensaciones en ambas bases pulmonares. Análisis de sangre: leve aumento de los reactantes de fase aguda.

Orientación diagnóstica; neumonía pulmonar.

Se decide su ingreso en planta. Durante la visita en planta, el paciente refiere encontrarse mejor, sin vómitos, pero con molestias en el abdomen y estreñimiento de 2 días de evolución. Comenta que al intentar defecar aumenta el dolor. Durante la exploración del abdomen llama la atención el intenso dolor a la palpación de ambos hipocondrios y flancos con disminución del peristaltismo. Se decide volver a revisar las imágenes de la TAC con radiólogos del hospital, que indican la presencia de neumatosis intestinal con posible isquemia intestinal. Por ello realizamos interconsulta con los cirujanos, que deciden operar de forma urgente. Tras la cirugía se informa del diagnóstico final: neumatosis intestinal por pseudoobstrucción, debida a la presencia de abundantes bridas en el colon derecho, sin isquemia.

La anamnesis y la exploración física detalladas, la inspección por auscultación y percusión y el "ojo" clínico son las herramientas más valiosas que posee el médico de familia. Nunca deben dejar de realizarse en la consulta esperando a orientar el diagnóstico con resultados de pruebas complementarias que requieren un tiempo de espera largo.

LAURA GUERRERO CABALLERO
NOEMÍ GAYOSO GIL
ÀNGELS SANTACANA PLANA
ALBA CASAFONT RIBALTA
ESTEBAN ALEJANDRO LUCHELLI
ARIADNA LUZ RODRÍGUEZ ABREU

Contacte:
neuburk@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7919

Suport social en el pacient crònic complex

Objectiu: analitzar el nivell de suport social del pacient crònic complex.

Material i mètodes: estudi transversal descriptiu en atenció primària de salut.

Subjectes: 87 pacients crònics complexos (PCC) del programa de gestió de casos d'una àrea bàsica de salut.

Instrumentació i determinació: Test de suport social MOS en el domicili del pacient.

L'estudi l'ha avaluat el comitè d'ètica de recerca clínica amb un dictamen favorable (P14/067). Es va demanar el consentiment informat a tots els pacients.

Resultats: el 88,2% dels pacients tenien un bon suport social global. Amb puntuacions més altes en el suport instrumental (92,9%), és a dir, el 7,1% dels PCC no rebien l'ajuda que necessitaven: "sempre que es troben malalts i han d'estar al llit, per preparar el menjar i realitzar les tasques domèstiques si no poden fer-ho, per portar-lo al metge si ho necessiten"; en comparació amb el suport emocional: el 17,6% dels PCC no tenien "algú amb qui parlar i compartir els temors, algú que li aconselli amb els problemes"; amb el suport d'interacció social positiva: el 14,1% dels PCC no tenien "algú amb qui relaxar-se, divertir-se, amb qui oblidar els problemes"; i el suport afectiu: el 12,9% dels PCC no tenien "algú que li mostri amor i afecte, algú que l'abraci, algú a qui estimar".

Conclusió: les famílies proporcionen un bon suport instrumental als pacients crònics complexos (alimentació, neteja, portar-lo al metge), però presenten limitacions a l'hora d'escoltar-lo, de comptar amb l'opinió del pacient, de mostrar-li amor i afecte i de proporcionar-li alguna estona de diversió.

FRANCESC XACIER CANTERO GÓMEZ
CARME OLIVER GÓNZALEZ
MARIA HOMS RIBA
GLÒRIA GODÓ PIQUÉ

Contacte:
xaviercantero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7920

Curs d'auscultació amb fonendoscopi simulat per a infermeria

Objectius: millorar l'habilitat d'auscultació d'infermeria utilitzant un fonendoscopi simulat i mesurar la satisfacció i l'avaluació de la transferència.

Descripció: des d'un servei d'atenció primària (SAP) que engloba 8 equips d'AP es va organitzar un curs d'auscultació cardiopulmonar i abdominal dirigit a infermiers/eres d'adults i residents d'infermeria familiar i comunitària.

La formació va ser impartida per dos docents: una infermera i un metge, ambdós tutors.

Es va utilitzar un fonendoscopi simulat, amb dues parts: el propi fonendoscopi, que simulava els sorolls cardíacs, pulmonar i abdominals, i una tableta amb una biblioteca de sorolls que s'enviaven remotament al simulador en funció del que pretenia la docent. Alhora, el programa permetia la creació de diferents situacions clíniques i es podien crear casos clínics molt reals.

Per conèixer el funcionament del fonendoscopi per part dels docents es va utilitzar la guia de funcionament del mateix.

El curs va tenir una durada de 3 hores, i estava dissenyat amb una part teòrica i una part pràctica.

Per facilitar la participació en el curs, els docents es van desplaçar a les seus dels diferents equips d'AP.

Es va realitzar una enquesta de satisfacció in situ i una enquesta d'avaluació de la transferència entre 3 i 6 mesos després de la formació.

Resultats: van participar 98 professionals: tots els i les residents i pràcticament la totalitat d'infermeria.

Enquesta satisfacció: 54 respostes (55%). La valoració global va superar el 9 i tots els i les alumnes recomanarien la formació.

Enquesta d'avaluació de la transferència: 30 respostes (31%). Va augmentar l'auscultació, tant el tipus com el nombre: per exemple, el 90% ara auscultaven i l'auscultació cardíaca va augmentar del 7% al 30%.

Aplicabilitat: els resultats de les enquestes apunten al fet que la utilització del fonendoscopi simulat facilita la formació, la fa més realista i pràctica que altres mètodes, com els vídeos.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA VANRELL NICOLAU
LAIA CORTADA RUBIO
DÚNIA BEL VERGE

Contacte:
mvanrellnicolau@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7922

Ectima

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: úlceres.

Antecedents personals: home de 37 anys, sense al·lèrgies, fumador, consumidor d'alcohol i també de cocaïna i heroïna inhalades.

Anamnesi: explica aparició de múltiples lesions cutànies doloroses a la palpació, no pruriginoses, de 2 setmanes d'evolució i localitzades a l'extremitat inferior dreta. No febre ni afectació sistèmica.

Exploració física: úlceres múltiples amb fons exsudatiu, aspecte fibrinos i vores eritematoses. Proves complementàries: es recull mostra d'exsudat per a cultiu que resulta positiu per a *Streptococcus pyogenes* i *Staphylococcus aureus* multisensibles.

Judici clínic: diagnòstic de sospita d'ectima.

Diagnòstic diferencial: impetigen, ectima gangrenosa, granuloma piogen, pioderma gangrenós, ectima contagiosa.

Tractament i pla d'actuació: es va prescriure amoxicil·lina/àcid clavulànic 500/125 mg via oral cada 8 h i cures tòpiques amb àcid fusídric al 2% en crema cada 8 h durant 10 dies.

Evolució: es va citar el pacient per a cures diàries, però per la seva situació social no va poder assistir a les visites. Es va contactar telefònicament i referia bona evolució de les lesions amb el tractament prescrit.

L'ectima és una piodermitis ulcerativa causada habitualment per *S. pyogenes*. Tot i que es veuen freqüentment lesions ulceratives a la consulta d'atenció primària, es tracta d'una malaltia infradiagnosticada que cal tenir present. La situació més habitual és la sobreinfecció per rascat d'una lesió prèvia en nens o ancians. Apareix una crosta gruixuda i adherent, a vegades dolorosa a la palpació, localitzada amb més freqüència a zones distals de les extremitats. El seu tractament d'elecció és la penicil·lina oral 250-500 mg cada 6 h amb àcid fusídric o mupirocina al 2% en crema o pomada cada 8 h durant 10 dies. Si no presenta una bona evolució, està indicada l'amoxicil·lina/àcid clavulànic 500/125 mg cada 8 h durant 10 dies. En els al·lèrgics als betalactàmics, el tractament d'elecció és clindamicina oral 300 mg cada 8 h durant 10 dies.

MARTA VANRELL NICOLAU
ERNEST VINYOLES I BARGALLÓ
JOAN DE MONTSERRAT I MORENO
MARTA TAFALLA EUSTAQUIO
CARLOS LUÍS PÉREZ
VIRGINIA SALIDO VALENCIA

Contacte:
mvanrellnicolau@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7923

Hipertensió ortostàtica, una nova entitat

Objectiu: la hipertensió ortostàtica (HTAO) és una entitat que s'ha associat a un major risc cardiovascular. L'objectiu és descriure les seves característiques clíniques i la seva relació potencial amb els fenotips hipertensius.

Mètodes: estudi pilot d'intervenció diagnòstica amb mostreig a conveniència de 155 pacients en un centre d'atenció primària. Es va realitzar una visita amb lectures de pressió arterial (PA) en condicions basals, en sedestació, bipedestació i un monitoratge ambulatori de PA (MAPA) de 24 h. Es va definir l'HTAO com una elevació de la PA sistòlica de ≥ 10 mmHg en passar de sedestació a bipedestació. Es van classificar els pacients en normotensos, hipertensos de bata blanca, hipertensos emmascarats i hipertensos sostinguts. Anàlisi estadística descriptiva.

Resultats: edat 60,3 anys (desviació estàndard [DE]: 15,0); dones 59,1%; HTA 102 (78,5%); prevalença d'HTAO 22 (14,2%); diabètics 35 (26,9%); índex de massa corporal 30,2 (DE 5,8); PA en sedestació 139,7 (15,9)/80,3 (10,9) mmHg; PA en bipedestació 136,7 (18,4)/82,0 (12,7) mmHg; PA 24 h 130,9 (11,7)/73,3 (9,2) mmHg; PA diürna 135 (16,4)/77,3 (12,0) mmHg; PA nocturna 122,4 (14,5)/65,7 (9,3) mmHg; freqüència cardíaca (FC) clínica 78,4 (13,7) bpm; FC nocturna 65,0 (10,2) bpm.

Els pacients amb HTAO són majoritàriament homes i tenen FC clíniques de 84,2 (17,1) bpm vs. 77,6 (13,0) bpm, $p=0,04$, PA sistòlica de 24 h de 135,9 (9,1) mmHg vs. 130,1 (11,9) mmHg, $p=0,02$ i PA sistòlica diürna de 135,7 (31,9) mmHg vs. 134,9 (12,3) mmHg, $p=0,02$, és a dir, significativament més elevades en comparació amb la resta. No s'han trobat diferències significatives pel que fa a fenotips hipertensius ni a la resta de variables.

Conclusions: en aquest estudi pilot, la prevalença d'HTAO és del 14% i aquests pacients presenten FC clínica i PA de 24 h i diürna sistòliques més elevades. Caldrà augmentar la mostra per detectar si presenten més freqüentment hipertensió emmascarada.

CARLA AUXILIADORA CABRERA SUÁREZ
LLUÍS CUIXART COSTA
SÍLVIA ZAMORA MESTRE
MARTA GARCÍA TORRES
NARIMAN CHAHBOUN EL MESSAOUDI
ELVIRA FERRIZ MORELL

Contacte:
carlacabrera92@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7924

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la evolución de resultados analíticos y antropométricos en pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* de tipo II

Objetivos: evaluar el impacto de la pandemia en la evolución del perfil lipídico en mg/dl (colesterol total [CT], lipoproteína de baja densidad [LDL], lipoproteína de alta densidad [HDL] y trigliceridemia [TG]), hemoglobina glicosilada (Hb; %), glicemia basal (GluB, mg/dl), filtrado glomerular (FG, ml/min), microalbuminuria (Malb, g/mol creatinina), presión arterial (TA, mmHg) e índice de masa corporal (IMC, kg/m²) de pacientes con diabetes *mellitus* de tipo 2 (DM2). Comparar la evolución en el periodo prepandemia 1 (enero de 2016-diciembre de 2017; cada variable marcada con un 1), prepandemia 2 (enero de 2018-diciembre de 2019; con un 2) y pospandemia (septiembre de 2021-diciembre de 2021; con un 3).

Criterios de inclusión: antecedente de DM2, analítica sanguínea realizada pospandemia y con al menos una en prepandemia y >18 años de edad.

Métodos: análisis descriptivo de frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas), media, mediana, desviación estándar y rango intercuartílico (variables cuantitativas). Proporción de indicaciones adecuadas e inadecuadas con intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: N total = 54. Hombres (H) = 28, mujeres (M) = 24. Edad media = 67 años (mínima 49-máxima 80). No hay diferencias de edad entre H y M (t de Student = 0,0123, coeficiente beta = -0,032, p-valor = 0,99). Diferencias estadísticamente significativas por sexos únicamente en: FG1 con media H = 90, media M = 78, p-valor = 0,05, t de Student = 2,0; CT1 media H = 163, media M = 203, p-valor = 0,001, t de Student = -3,56; CT2 media H = 161, media M = 196, p-valor = 0,0002, t de Student = -3,98; CT3 media H = 164, media M = 189, p-valor = 0,045, t de Student = -2,06; LDL2 media H = 87, media M = 112, p-valor = 0,008, t de Student = -2,7; IMC3 media H = 27,58, media M = 30,69, p-valor = 0,043, t de Student = -2,08. Antecedente de ERC (enfermedad renal crónica): H 3,57%, M 20,83%, $\chi^2 = 3,77$, p-valor = 0,052. Sin diferencia fumadores (F) vs. no fumadores (NF), salvo en: CT2 media NF = 182, media F = 160, p-valor = 0,05, t de Student = 1,98; TG2 media NF = 137, media F = 95, p-valor = 0,017, t de Student = 2,46. Antecedente de COVID-19 (C1) vs. sin este antecedente (C0): C0 Hb1 media = 6,56% vs. C1 Hb1 media = 7,75%, p-valor = 0,017, t de Student = -2,51; C0 GluB1 media = 117 vs. C1 GluB media = 196, p-valor = 0,001, t de Student = -3,52; C0 Malb1 media = 1,26 vs. C1 Malb1 media = 4,89, p-valor = 0,014, t de Student = -2,65; C0 HDL2 media = 49 vs. C1 HDL2 media = 61, p-valor = 0,006, t de Student = -2,83. Significación estadística en medias de: FG3 = 79 vs FG1 = 86, p-valor = 0,002, t de Student = -3,39. TG3 = 140 vs TG1 = 120, p-valor = 0,017, t de Student = 2,49. No diferencias significativas comparando medias de: Hb3 vs Hb1, Hb3 vs Hb2, GluB3 vs GluB1, GluB3 vs GluB2 ni del resto de valores analizados.

Conclusión: existen pocas diferencias entre los valores analíticos, de TA e IMC comparando pre y pospandemia, es decir, a pesar de la pandemia se ha realizado un correcto seguimiento de los pacientes con DM2.

MARIONA MARQUÉS PÀMIES
CRISTINA RAMÍREZ MAESTRE
LLUÍS CUIXART COSTA
MARTA GARCÍA TORRES
ELVIRA FERRIZ MORELL

Contacte:
marques.mariona@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7926

Perfil dels diferents tipus de trastorn de conducta alimentària al centre d'atenció primària

Objectius: Descriure i comparar els diferents perfils de trastorn de conducta alimentària (TCA) d'un centre d'atenció primària urbana (CAPu).

Material i mètodes: estudi observacional descriptiu longitudinal retrospectiu d'un CAPu. Revisió història clínica informatitzada. Inclusió: pacients >12 anys amb diagnòstic de TCA fins al desembre de 2021. Seleccionats: 185 pacients per mostreig aleatori simple (excloso 112 per no presentar IMC). Estadística: regressió múltiple per variables quantitatives i regressió logística per categòriques. Variables: edat, sexe, IMC, tipus de TCA (anorèxia, bulímia, trastorn de comportament alimentari sense especificació [TCAsE]), trastorn per abús (TA), factors precipitants, comorbiditats i seguiment.

Resultats: N = 73. TCA majoritari: anorèxia 52,1% seguida de bulímia 24,7%. Edat mitjana de l'anorèxia 26,4 anys, inferior a TA (43,5 anys), coeficient beta 17,1; p=0,001. Sexe predominant en tots els TCA: dones (>89%). IMC al diagnòstic: anorèxia 17,9 significativament inferior que bulímia 25,4 (coeficient beta 7,4; p=0,00) i TA 39,4 (coeficient beta 21,4; p=0,000). Sense canvis en osteoporosi, però alteracions menstruals més prevalents en anorèxia (42,1%) que en bulímia (11,1%), coeficient beta -0,1; p=0,03. Factors precipitants: el confinament precipita el TCAsE al 55,6% respecte a l'anorèxia 13,7% (coeficient beta 4,02; p=0,04), l'exigència personal precipita l'anorèxia (47,3%) respecte a la bulímia (16,7%), coeficient beta -0,2; p=0,003 i els problemes familiars són el factor més prevalent (>25% en tots els TCA). TA té més comorbiditat de salut mental (ansietat 75%; depressió 38%; insomni 50%), >50% prenen tractament. Sense canvis de seguiment entre grups.

Conclusions: Els TCA afecten majoritàriament a dones. L'anorèxia és el més prevalent. La TA presenta més edat que l'anorèxia. La bulímia i la TA presenten major IMC al diagnòstic (sobrepès i obesitat II, respectivament) que l'anorèxia (insuficiència ponderal). La bulímia té menys alteracions menstruals que l'anorèxia. L'exigència personal augmenta el risc d'anorèxia respecte a la bulímia. El confinament és el factor precipitant majoritari dels TCAsE, i els problemes familiars, de l'anorèxia. Ansietat, depressió i insomni es troben a quasi tots els TCA, i en el TA més que en els altres. La meitat dels tipus de TCA prenen tractament per comorbiditats de salut mental. Un menor temps de diagnòstic de TCA es relaciona significativament amb TCAsE, possiblement per haver-se diagnosticat més durant la pandèmia. La majoria de TCA fan seguiment a institucions. Els TA són qui menys en rep. L'anorèxia és la que té més recaigudes. CEI: aprovació per la CI de la institució.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ELENA DE FRUTOS ECHANIZ
CRISTINA GARCÍA SALA
MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ GARCÍA

Contacte:
lendeFRUTOS@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7927

Diagnosticant una hidronefrosi

Enfocament individual: home de 94 anys amb síndrome tòxica de mesos amb deposicions diarreiques diàries. Nega altres símptomes. Antecedents: hipertensió arterial i hiperplàsia benigna de pròstata, d'alta per urologia el 2018 per estabilitat clínica i antigen específic prostàtic (PSA) <4. Auscultació cardiorespiratòria normal. Abdomen anodí. No adenopaties ni tiroides palpable. Hemoglobina 103, normocítica normocròmica, creatinina 328, FG 14 (2019: creatinina 96 i FG >60). Ions, transaminases i tiroide normals. Orina i sang oculta en femta negatives. Es demana al pacient que begui 3 gots d'aigua i acudeixi al centre per a la realització d'una ecografia amb sonda convex de 3,5-5 MHz. Es descarta líquid lliure abdominal, s'objectiva dilatació pielocalicina bilateral amb atrofia de parènquima renal. A la bufeta urinària s'observa empremta de pròstata amb contorns irregulars.

Diagnòstic diferencial: hidronefrosi bilateral, tumor prostàtic, tumor vesical.

Judici clínic: la hidronefrosi és l'engrandiment renal secundari a la dilatació dels calzes i pelvis renals, i a una obstrucció ureteral o malalties renals cròniques que impedeixen el correcte buidat renal a la bufeta urinària. Ecogràficament, veurem zones anecogèniques al si renal confluents fins a la pelvis. Serà lleu si el parènquima està conservat i els calzes renals són <1 cm, moderat si el parènquima renal >8 mm i greu si observem formacions anecogèniques centrals separades per septes. En aquest cas, la nostra sospita inicial va ser tumoració prostàtica vs. bufeta urinària com a causa d'obstrucció de la via urinària.

Tractament: mesures higienicodietètiques.

Pla d'actuació: es deriva a unitat del diagnòstic ràpid sota la sospita de neoplàsia prostàtica.

Conclusions: l'atenció primària és el marc ideal per fer el primer abordatge de qualsevol patologia. En aquest cas, disposar d'ecògraf ens ha permès fer una orientació més acurada de l'etiologia del motiu de consulta inicial, síndrome tòxica i diarreïes.

PAU GRANERO FRÍGOLS
NEUS MUÑOZ GOST
MARTA MONJO GARRIGA

Contacte:
pau.granero@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7928

Sospita de dissecció aòrtica davant de clínica de dolor dorsal

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

Motiu de consulta: home de 55 anys que refereix dolor dorsal sobtat.

Història clínica: enfocament individual: exfumador, antecedent de trastorn ansios i dislipèmia. Refereix inici hores abans de dolor a la zona dorsal distal, irradiat a la zona de l'epigastri i mesogastri, amb sensació de mareig i sudoració. Consulta el centre d'atenció primària, que orienta com a possible còlic nefrític, administra analgèsia endovenosa amb metamizole i dexketoprofèn, sense millora. Aleshores deriva a urgències hospitalàries. En l'exploració presenta tensió arterial de 214/104 mmHg, freqüència cardíaca 61 bpm, Glasgow 15, sua, mínim dolor a la palpació de l'epigastri, punypercussió bilateral negativa, palpació de la musculatura dorsal i lumbar no dolorosa. Polsos radials simètrics, polsos pedis presents. Electrocardiograma amb ritme sinusal, sense alteracions. Angio-tomografia computada amb dissecció d'aorta Stanford B des de la subclàvia esquerra fins a la bifurcació aòrtica.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: dolor dorsal sobtat amb seguici vegetatiu que, entre les múltiples etiologies que són causa probable (còlic nefrític, pancreatitis, patologia cardíaca, fractura vertebral patològica, traumatisme, contractura muscular) resulta una dissecció aòrtica.

Tractament i plans d'actuació: monitoratge, sondatge vesical, repòs i dieta absoluta, control del dolor amb clorur mòrfic 2 mg endovenós cada 10 minuts, control de la tensió arterial (TA) i freqüència cardíaca (FC) amb perfusió contínua de labetalol 2 mg/minut.

Evolució: el pacient va presentar control del dolor amb el clorur mòrfic, però no de la TA i es va iniciar infusió contínua de nitroprussiat. Es va derivar a l'hospital de referència per a intervenció protèsica endovascular.

Conclusions: davant d'un pacient amb dolor dorsal sobtat irradiant, seguici vegetatiu i amb mal control del dolor amb analgèsia habitual, hem de sospitar una possible dissecció aòrtica i actuar ràpidament derivant al servei d'urgències hospitalàries.

CARLOTA MOLLA MUÑOZ
GLORIA CARCELERO ROMÁN
CRUZ MARÍA FUENTES BELLIDO

Contacte:
cmmunoz.tgn.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7929

No lo entiende... ¿Qué hacemos?

Ámbito: atención primaria.

Motivo de consulta: conflicto intrafamiliar.

Historia clínica: enfoque individual: mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* de tipo 2, dislipemia y abuso de etanol de larga evolución con cirrosis hepática enólica compensada Child A (5 puntos) e hipertensión portal con varices esofágicas pequeñas, que ha presentado múltiples caídas y fracturas, HSA y HSD en contexto de episodios de intoxicación enólica, no reconocidos por la paciente.

Buen soporte familiar, de hijos y marido. Múltiples intentos, motivados por la familia, de abordaje en consulta de su consumo mediante entrevista motivacional, fallidos por la negativa de la paciente a reconocer dicho consumo.

Enfoque familiar y comunitario: tras el diagnóstico reciente de carcinoma escamoso estenosante esofágico, episodios de agresividad y la negativa de la paciente a realizarse pruebas de estadiaje, la familia presenta claudicación y solicita ayuda y recursos.

Identificación de problemas: 1. Alcoholismo crónico sin conciencia de enfermedad; 2. Agresividad y conflicto intrafamiliar motivado por 1; y 3. Carcinoma escamoso esofágico de reciente diagnóstico con falta de asistencia a pruebas de estadiaje motivada por 1.

Planes de actuación: se ofrece a la familia el inicio de un proceso judicial de valoración de capacitaciones en el ámbito de la persona y la solicitud de una estancia temporal en centro sociosanitario por claudicación familiar, necesidad de estabilización de la paciente y acceso a pruebas complementarias.

Se aporta contacto con juzgado de familia y se facilita informe social.

Se inicia expediente de tramitación de Ley de Dependencia (LAPAD).

Conclusiones: se debe hacer constar en la historia clínica la falta de autocuidados y la decisión informada de un paciente de rechazar tratamientos o pruebas diagnósticas.

En estos casos se debe solicitar la colaboración de otros profesionales para valorar la conciencia de la enfermedad y capacidad legal del paciente.

En caso de dudas se debe plantear el caso al comité de ética asistencial correspondiente.

LAURA NOVALIO RODRIGUEZ
ANA FERNÁNDEZ GÓMEZ
MARTA GUERRERO MUÑOZ

Contacte:
aynil347@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7930

La consulta como baluarte

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivos de consulta: mujer de 34 años con múltiples consultas a urgencias ambulatorias por diferentes síntomas somáticos recurrentes (cefalea, dispepsia, mareo, insomnio...).

Historia clínica: enfoque individual. Antecedentes personales: asma y ansiedad en tratamiento con Foster® 2 inhalaciones/12 h, salbutamol de rescate y diazepam 5 mg/24 h.

Anamnesis: consulta para renovar la receta electrónica. Me llama la atención la polifrecuentación por síntomas diversos, con exploración física y pruebas complementarias anodinas.

Enfoque familiar y comunitario: originaria de Andalucía, vive en Cataluña desde que se casó con su actual pareja, hace 13 años. Madre de dos hijos. No amistades ni familiares cerca. Trabaja de camarera, su marido gestiona la economía de la casa, incluido su sueldo. Mala relación con su familia política.

No consumo de tóxicos. Su pareja consume alcohol y cocaína.

Juicio clínico: ante la sospecha, realizo entrevista de detección de maltrato, que la paciente confirma.

Valoro el riesgo: alto, según el Protocolo de valoración del riesgo de violencia de pareja contra la mujer (RVD-BCN).

Planes de actuación: derivó a CIOD (Centre d'Informació i Orientació de la Dona), servicio municipal multidisciplinar con psicóloga, trabajadora social y abogada, especializadas en violencia machista.

Coordinamos el seguimiento conjunto, la elaboración de un plan de huida y asesoramiento en la denuncia.

Evolución: tras dos años de seguimiento estrecho, la paciente ha denunciado la situación de maltrato, actualmente en piso de acogida.

Conclusiones: la violencia de género es un problema de salud pública. La accesibilidad y longitudinalidad propias de la atención primaria hacen de nuestras consultas un lugar idóneo para su detección. Es fundamental para las médicas de familia la sensibilización, formación y conocimiento de la red comunitaria para luchar contra ella. No existe un perfil de mujer maltratada, pero sí situaciones que pueden alertarnos (polifrecuentación y uso de psicofármacos en nuestro caso).

Open Access



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

CARLA RIBAS ROVIRA
MARTA MONJO GARRIGA
PAU GRANERO FRIGOLS

Contacte:
carlaribasrovira@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7931

Diarrea per concentració inadequada d'àcids biliars a la llum intestinal en pacient amb clínica de diarrea crònica malabsortiva

Àmbit del cas: atenció primària.

Motius de consulta: diarrea crònica.

Història clínica: enfocament individual: pacient de 81 anys, amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2, dislipèmia, cardiopatia hipertensiva, anèmia ferropènica, malaltia renal crònica de grau III i deteriorament cognitiu lleu. Consulta per diarrea de característiques malabsortives de mesos d'evolució, acompanyada de dolor abdominal de tipus recaragolament que cedeix amb la defecació. No febre. No canvis recents en el tractament. No antecedents de viatges ni antibioteràpia. Es cursa coprocultiu, paràsits en femta i toxina de *Clostridium difficile*, que resulten negatius. Calprotectina fecal lleument elevada (137,4 µg/g). Estudi de cèl·lula negativa. Ecografia abdominal sense troballes. Aporta mostra on s'aprecia deposició viscosa verdosa d'aspecte biliós. S'inicia Resincolestiramina® a dosis baixes en forma d'assaig terapèutic i s'observa una resolució gairebé immediata de la diarrea i el dolor abdominal. Revisant la medicació de la pacient destaca la pauta d'olmesartan, fàrmac implicat en casos d'enteropatia, que responen a la retirada del fàrmac.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: es considera el diagnòstic de diarrea per malabsorció d'àcids biliars. Possibilitat d'enteropatia per olmesartan. Com a diagnòstics diferencials haurem de plantejar colitis microscòpica, malaltia inflamàtoia intestinal, malabsorció d'hidrats de carboni, malalties endocrinològiques (gestrinoma, vipoma...), tumors, etc.

Tractament i plans d'actuació: es va substituir l'olmesartan de 40 mg per enalapril de 20 mg i amlodipina de 5 mg. Es manté la Resincolestiramina® de 4 g, 1/2 sobre abans dels tres àpats principals del dia.

Evolució: en aquesta fase es va decidir no completar un estudi exhaustiu de diarrea crònica. En la última revisió, la pacient referí una deposició diària de consistència i coloració normal.

Conclusions: l'aparició de l'enteropatia per olmesartan sol ser diferida en el temps respecte a l'inici del tractament i s'ha de pensar en ella davant diarrees malabsortives.

JAVIER GARCÍA ASTORGA
MARÍA DE LOS ÁNGELES RAMÍREZ BLANCO
MERITXELL CALDERO SOLÉ

Contacte:
dr.garcia.astorga@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7932

Enfermedad mixta del tejido conectivo. Diagnóstico y manejo inicial a propósito de un caso

Paciente mujer de 64 años con antecedentes de fracturas vertebrales D12 en 2013 y L1 en 2019, y fractura de humero derecho por caída. La paciente presenta densitometrías en las que se objetivan valores de osteopenia en la columna lumbar (sin alteración en cabeza femoral).

Acude a consulta de atención primaria por cefalea de características mixtas conocida, en tratamiento con amitriptilina, y cambios de coloración en zonas distales de los dedos de ambas manos en relación con eventos estresantes en el último mes.

A nuestra valoración la paciente presenta una exploración neurológica dentro de los límites de la normalidad y no se objetiva focalidad aguda.

Orientamos el cuadro como fenómeno de Raynaud y se solicitan pruebas analíticas con marcadores de autoinmunidad.

En el primer estudio analítico se objetiva leucopenia persistente que en ocasiones llega a presentar neutro/linfopenia absolutas leves y anticuerpos SS-A (Ro) >8, anti-U1NP >8 y anti-RNP 70 >8 por lo que se deriva el caso a reumatología. Allí se orienta el caso como posible enfermedad mixta del tejido conectivo vs. síndrome de Sjögren, y se continúan los estudios complementarios. En estos destaca una capilaroscopia con capilares cortos y engrosados, compatibles con algunas miopatías inflamatorias; una tomografía computarizada torácica con fractura-acuñamiento vertebral D12 y L1, y un ecocardiograma con insuficiencia mitral ligera. La insuficiencia tricúspide mínima no permite estimar presión sistólica arterial pulmonar. Test de Schirmer con resultado normal.

Durante el estudio inició clínica de parestesias en la cara que fueron valoradas por neurología con estudio de líquido cefalorraquídeo y resonancia magnética cerebral, y se orientó como neuropatía bilateral trigeminal en un contexto de enfermedad autoinmune sistémica a estudio. Se añadió pregabalina para control sintomático.

Ante estos resultados y con la historia clínica que describe la paciente se establece el diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo y se propone terapia inmunosupresora, previa revisión y actualización del calendario vacunal de la paciente.

PATRICIA PRADO CORTÉS
AMAIA ERRAIZ FERNÁNDEZ
ANDREA VENTURA MARTÍNEZ

Contacte:
patricia.pradocortes@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7934

Atención personalizada al paciente

Àmbito: atenciones primaria y domiciliaria.

Motivo de consulta: neoplasia vulvar con mal control del dolor. Claudicación familiar.

Historia clínica: paciente de 93 años con antecedente de poliomielitis en la infancia, con deformidad de la extremidad inferior derecha (EID) secundaria, anemia crónica, accidente cerebrovascular en territorio de la arteria cerebral media izquierda en 2016, restablecida *ad integrum* y enfermedad de Alzheimer GDS 7, intervenida de deformidad en EID y triplemente intervenida de neoplasia escamosa vulvar. En la exploración física destaca lesión ulcerativa a nivel vulvar derecho, que coincide con dehiscencia de sutura previa, sin signos de sobreinfección bacteriana. Resto de la exploración anodina.

La familia consulta en múltiples ocasiones por dificultad en la cura de las lesiones genitales y ansiedad de la familiar cuidadora principal. Rechazan traslado de la paciente a un centro sociosanitario, por mala experiencia previa y derivación a psiquiatría de la familiar. Se deciden curas por parte de enfermería, que se realizan cada 2 semanas, en dos ocasiones, coincidiendo con sexta ola de la pandemia de la COVID-19 y se reajusta pauta de analgesia alternando paracetamol y metamizol.

La familia vuelve a realizar interconsulta y solicita derivación al equipo de curas paliativas. Este, en su valoración procede a SVP, reajuste de analgesia con mórficos (fentanilo TTS y Oramorph®), educación sanitaria y soporte por parte de la trabajadora familiar, con mejoría del estado basal de la paciente y del control del dolor, y mejora el síndrome ansioso de la cuidadora principal.

Conclusiones: atendiendo a la evolución del caso tenemos que hacer una reflexión sobre la importancia de la valoración personalizada de los pacientes, en especial de aquellos dependientes y de alta complejidad, que suponen un reto médico y familiar. Debemos aparcar la pandemia de la COVID-19 para ser nuevamente el médico de atención primaria que solíamos ser.

ANNA SCHONHOFER TORRAS
MARIA PEYRA ROS

Contacte:
aschonhofer@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7935

Ecografia clínica. El sisè sentit de l'exploració física

Motiu de consulta: pacient de 72 anys que consulta per l'augment progressiu de la dispnea fins a fer-se de petits esforços.

Història clínica: antecedents patològics: exfumador des dels 40 anys (20 paq/any). Havia treballat en una cimentera; nega contacte amb l'asbest. Hipertensió arterial. Fibril·lació auricular (anticoagulat amb rivaroxaban). Infecció per SARS-CoV-2 el juliol de 2020, sense pneumònia associada. Hiperplàsia benigna de pròstata. Intervingut d'hèrnia discal L4-L5. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària, cognitivament preservat.

Judici clínic, tractament i plans d'actuació: pacient que consulta per dispnea d'esforç moderada de mesos d'evolució, que atribueix a la infecció per SARS-CoV-2 passada. Empitjorament progressiu de la dispnea en les darreres setmanes, fins a fer-se de mínims esforços. Explica ortopnea, nega dispnea paroxística nocturna. Pèrdua de pes en els darrers mesos, que atribueix a inapetència. No febre, sudoració nocturna ni astènia. Anàlíticament destaca pro-BNP de 5.300 ng/dl. Es realitza radiografia de tòrax on es visualitza vessament pleural bilateral. Completem l'exploració amb una ecografia clínica cardíaca, que mostra una hipertròfia del ventricle esquerre (HVE) i descarta vessament pericardíac. S'inicia tractament amb furosemida 40 mg/dia, amb bona tolerància i millora de la clínica. Se sol·licita un ecocardiograma reglat ambulatoriament que verifica l'HVE moderada-greu concèntrica, així com disfunció ventricular de predomini basal (patrò d'*apical sparing*). Davant l'alta sospita d'amiloïdosi, es completa l'estudi amb gammagrafia que indica captació compatible amb amiloïdosi cardíaca per dipòsit de transtiretina. L'estudi genètic descarta malaltia hereditària. Es fa derivació a la unitat d'insuficiència cardíaca per a valoració d'inici del tractament amb tafamidis.

Conclusions: l'ecografia clínica és una tècnica innòcua que pot aportar molta informació a la nostra pràctica clínica. És interessant que el metge de família incorpori en la seva activitat assistencial l'ecografia com a extensió de l'exploració física habitual, que no la substitueix però la complementa.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

MARTA LLORENS MARSAL
ALMA MARÍA PALOMINO BUSTOS
IVAN VILLAR BALBOA

Contacte:
marta.llorensmarsal@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7936

Derrame pleural como signo inicial de lupus eritematoso sistémico

Àmbit: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor costal.

Mujer de 37 años, sin antecedentes de interés, acude a la consulta en septiembre de 2021 por dolor selectivo intercostal izquierdo en punta de dedo. No disnea, no antecedentes traumáticos. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: hemodinámicamente estable, SatO₂: 98%, auscultación cardiorrespiratoria y abdomen normal.

Reconsultó en dos ocasiones por persistencia de la sintomatología (a pesar de escalar la analgesia) junto con sensación disneica, por lo que se solicitó radiografía de tórax y se observó un leve derrame pleural izquierdo. Se derivó a urgencias hospitalarias para estudio mediante toracocentesis.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: ante un derrame pleural unilateral leve sin infección pulmonar intercurrente, hay múltiples etiologías posibles: neoplásica, autoinmune, tuberculosis, secundaria a uso de fármacos, etc. La sospecha clínica para etiologías cardiogénica y paraneumónica en este caso era menor.

Pendientes del resultado del estudio del líquido pleural, la paciente fue dada de alta a domicilio.

Progresivamente fueron apareciendo otros síntomas: dolor, edema y rigidez en ambas manos, edema facial malar, mialgias generalizadas y parestesias distales. Se solicitó analítica a nivel de atención primaria, con hemograma/bioquímica normal, pero con positividad para anticuerpos antinucleares (ANA; 1/640) y factor reumatoide (FR; >30).

Se derivó a reumatología, que ante la clínica de pleuritis y artritis con ANA y FR positivos diagnosticó lupus eritematoso sistémico (según criterios EULAR/ACR 2021).

Tratamiento: se inició tratamiento: hidroxicloroquina y prednisona.

Evolución: la clínica inicial remitió parcialmente, con resolución del derrame pleural. Sin embargo, posteriormente presentó progresivamente xerostomía, xerofalmia, aftas orales, fenómeno de Raynaud en manos y pies, y persistencia de mialgias, por lo que se orientó como síndrome de Sjögren secundario.

Conclusiones: Este caso pone en valor la importancia de la atención primaria en la valoración clínica inicial y durante el seguimiento, pues constituye un determinante directo del proceso diagnóstico y evolutivo de los pacientes.

MARIA PEYRA ROS
ANNA SCHONHOFER TORRAS

Contacte:
mpeyra@mutuaterrassa.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7937

Pancitopènia. La importància d'un bon diagnòstic diferencial

Àmbit del cas: atención primaria.

Motius de consulta: home de 65 anys que refereix astènia progressiva.

Història clínica: pacient sense antecedents d'interès. Acut al servei d'atenció primària per astènia marcada de 3 mesos d'evolució, aguditzada en les últimes setmanes. Refereix també anorèxia. Nega pèrdua marcada de pes ni altres símptomes.

Exploració: afebril, normotens, freqüència cardíaca de 96 bpm. Destaca pal·lidesa mucocutània. Auscultació cardiorespiratòria i exploració abdominal sense alteracions.

Proves complementàries: analítica on destaca pancitopènia (hemoglobina de 6,3 g/dl, plaquetes 51 x 10⁹/l i leucòcits 2 x 10⁹/l amb absència de blasts), macrocitosi (113,2 fl) i elevació de l'LDH (>3.127,2 UI/l). Destaca bilirubina directa de 8,2 µmol/l. Tiroide i perfil renal sense alteracions.

Per orientar amb més determinació el cas s'amplia l'estudi analític sol·licitant reticulòcits (15 x 10⁹/l) i test de Coombs directe que resulta negatiu. Es descarta, així, anèmia hemolítica. S'afegeix també la vitamina B12 que resulta indetectable (<111 pmol/l).

Judici clínic, diagnòstic diferencial: davant d'una pancitopènia amb elevació de l'LDH i macrocitosi s'ha de considerar un diagnòstic diferencial entre anèmia hemolítica, síndrome mielodisplàsica i anèmia per dèficit de B12. Per això, serà important realitzar el test de Coombs per descartar l'hemòlisi. Serà necessari determinar la vitamina B12 i també paràmetres analítics que podrien orientar cap a una síndrome mielodisplàsica (presència de blasts).

Tractament i plans d'actuació: derivació a l'hospital per tal de realitzar transfusió i inici de tractament substitutiu amb suplement de vitamina B12, 1 mg iv de manera indefinida.

Evolució: excel·lent resposta al tractament substitutiu, tant simptomàtica com analítica; milloren progressivament les citopènies i el perfil hepàtic, i disminueix l'LDH.

Conclusions i aplicabilitat: és essencial realitzar un bon diagnòstic diferencial de les citopènies a l'atenció primària ja que els possibles diagnòstics plausibles poden tenir un pronòstic variat. En el cas del dèficit de vitamina B12, amb tractament substitutiu, el pacient té un bon pronòstic i podrà mantenir una excel·lent qualitat de vida.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ANA BLANCO ORTIZ
GEMMA CORTÉS PASTOR
FRANCESC XAVIER PADRÓ RIPOLL

Contacte:
anablancortiz@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7938

¿Qué puede esconder una dorsalgia?

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dorsalgia aguda.

Historia clínica: enfoque individual: antecedentes personales: natural de Pakistán, leve barrera idiomática, poco frecuentador. Fumador. Rinitis alérgica y cervicobraquialgia crónica por cervicoartrosis y protrusión-hernia C6-C7, con radiculopatía C7.

Anamnesis: explica dolor agudo de 3 días de evolución, de localización y características diferentes al habitual, de carácter no mecánico, sin traumatismo previo, empeora con los movimientos respiratorios y con la tos. No presentaba disnea ni otra clínica.

Exploración física: SatO₂ 95%, resto de constantes dentro de la normalidad. En la auscultación pulmonar destacaban crepitantes bibasales sin más hallazgos, sin dolor a la palpación de apófisis espinosas ni musculatura paravertebral. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. Localizaba el dolor en trayecto intercostal izquierdo 12.º, sin objetivarse lesiones cutáneas.

Diagnóstico diferencial: dorsalgia mecánica, cólico renal, esguince costal, herpes zóster, neoplasia de pulmón/pleura. Pruebas complementarias, evolución y diagnóstico: radiografía de tórax: posible proceso neoforrmativo apical izquierdo. Tomografía computarizada de tórax urgente: masa pulmonar sólida, de 43 mm, con bordes espiculados en el ápex izquierdo. Derivación a unidad de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón.

Tomografía por emisión de positrones: masa pulmonar hipermetabólica en ápex del lóbulo superior izquierdo, engrosamiento de la pleura costal posterior en el lóbulo inferior izquierdo, adenopatías con actividad metabólica. Sugestivo de malignidad.

Biopsia con aguja gruesa y anatomía patológica: infiltración por adenocarcinoma compatible con origen pulmonar.

Diagnóstico: adenocarcinoma de pulmón estadio IVa (cT3N2M1a implantes pleurales).

Conclusiones y aplicabilidad para la medicina de familia: La dorsalgia es un motivo de consulta común en atención Primaria. En nuestro caso, la presencia de algunos criterios de alarma en la anamnesis y exploración física nos llevó a solicitar una prueba de imagen en la primera visita. Dados los hallazgos, se derivó a la unidad de diagnóstico rápido a los 15 días y al mes ya teníamos resultado y diagnóstico anatomopatológico, lo que permitió un estadiaje precoz e inicio del tratamiento específico.

MIREIA RIVERA GARCÍA
FABIO CANNIZZARO
CARMEN PÉREZ CENTELLAS

Contacte:
m.riveragarcia01@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7940

Medicación habitual y efectos secundarios infrecuentes

Ámbito del caso y motivo de consulta: mujer de 70 años con antecedentes de sinusitis crónica, quiste de 6 mm en el cuello del páncreas, artrosis, anemia por déficit de hierro y vitamina B12, ansiedad e insuficiencia venosa crónica.

Consulta por empeoramiento de la clínica ansiosa e insomnio.

Historia clínica: dados los antecedentes, ya tomaba 2 mg de lormetazepam, por lo que se realizó cambio farmacológico a trazodona 100 mg, ½ comprimido cada noche.

A los 11 días consultó en urgencias de atención primaria por síndrome vertiginoso y se indicó betahistina.

Al día siguiente inició con palpitaciones centrotorácicas de corta duración, con sensación opresiva irradiada a la región dorsal y desencadenada con el esfuerzo.

El electrocardiograma (ECG) mostraba un ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización, con frecuentes extrasístoles ventriculares.

Se derivó a urgencias: se orientó como síndrome ansioso, inestabilidad cefálica y dolor torácico inespecífico dada la presencia de pruebas complementarias (radiografía de tórax, ECG y analítica) sin hallazgos relevantes.

Debido a la persistencia del cuadro clínico se derivó a la paciente a cardiología: se realizó una prueba de esfuerzo, negativa para isquemia y Holter de 24 h, que mostró ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 53 y escasas extrasístoles ventriculares y supraventriculares aisladas.

Posteriormente consultó en el área básica de salud por xerostomía y sensación matutina de náuseas y manifestó que había empeorado desde el inicio de la toma de trazodona.

Dada la sospecha de la presencia de efectos secundarios por la trazodona, se decide retirar el fármaco y, en una valoración posterior, la paciente refirió autolimitación completa del dolor torácico y palpitaciones.

Conclusión: ante la aparición de sintomatología de novo, debe tenerse en cuenta la posibilidad en el diagnóstico diferencial de posibles efectos secundarios al iniciar un nuevo fármaco.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

IRIS SAN ROMÁN ARISPE
ORIOL YUGUERO TORRES
MARTA ORTEGA BRAVO

Contacte:
isanroman.ileida.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7941

Comparación de las escalas Heart, Timi y Grace para predecir un evento cardiaco adverso mayor en pacientes con dolor torácico en la población española

El dolor torácico agudo no traumático (DTANT) es la segunda causa de consulta en los servicios de urgencias médicas (SUH). El 70% de los infartos agudos de miocardio se presentan como síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).

Objetivo: comparar si la escala de riesgo HEART es más efectiva que GRACE y TIMI para el diagnóstico y pronóstico de un evento cardiaco adverso mayor (MACE) a las 6 semanas en pacientes con DTANT y probable SCASEST.

Material y métodos: estudio de cohortes prospectivo en pacientes con DTANT asistidos en un servicio de urgencias hospitalarias y un centro de urgencias de atención Primaria desde abril del 2018 hasta diciembre del 2020. El resultado primario fue MACE a las 6 semanas. El rendimiento diagnóstico se estudió calculando el área bajo la curva (AUC), la sensibilidad (SE), la especificidad (ES) y los valores predictivos (VP).

Resultados: muestra de 317 pacientes. Sufrieron un MACE a las 6 semanas el 14,82%. La escala HEART tuvo una AUC del 0,743 (IC 95%: 0,674-0,812), TIMI, una AUC del 0,717 (IC 95%: 0,644-0,79) y GRACE, una AUC de 0,649 (IC 95%: 0,561-0,738). La escala HEART identificó a los pacientes de bajo riesgo con SE del 100 % y VP Negativo (VPN) del 100 % (IC 95%: 100-100), GRACE, con SE del 97,87% (IC 95%: 93,75-102) y VPN 95,24 % (IC 95%: 86.13-104,35) y TIMI, con SE 91,49 % (IC 95%: 83,51-99,47) y VPN 95,74% (IC 95%: 91,66-99,83).

Conclusiones: comparando con las escalas GRACE y TIMI, HEART fue superior en capacidad diagnóstica y predictiva de MACE a las 6 semanas en pacientes con DTANT y probable SCASEST, y demostró ser un método de estratificación de riesgo fiable, principalmente en los casos de bajo riesgo, y es más factible en los servicios de urgencia de atención primaria y hospitalarios.

JÚLIA FERNÁNDEZ PERARNAU
M^a ÀNGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Contacte:
julia.f.perarnau@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7942

Febre enmig de la 6a onada. Tot és COVID-19?

Àmbit del cas: atenció primària.

Motiu de consulta: visita telefònica per anàlítica alterada el 22/12/2021 (6a onada de la COVID-19). Destaca leucopènia de 3.650 amb neutropènia de 1.200.

Història clínica: dona de 32 anys sense antecedents d'interès. Natural de Guinea Equatorial, que fa 14 anys que viu a Barcelona. Es revisa el motiu de sol·licitud d'una anàlítica: caiguda del cabell. El dia 22 de desembre refereix que està asimptomàtica i es decideix repetir l'anàlítica en un mes. El 20 gener 2022, consulta telefònica per als resultats de control. No es va presentar a l'anàlítica, però anoten: "vol parlar de proves internacionals". Què ha passat?

Enfocament familiar: revisió de la història clínica, múltiples consultes a urgències des del 24 fins al 30 de desembre per febrícula, cefalea i astènia.

Exploració física el 27 de desembre: només destaca a otorrinolaringologia una faringe hiperèmica amb adenopaties submandibulars mòbils i doloroses.

Proves complementàries: test ràpid d'antígens (26/12), Streptotest (27/12) i PCR (29/12) negatius.

Judici clínica: virosi no filiada.

Tractament: tractament simptomàtic i normes de reconsulta.

Evolució: el dia 30 de desembre va reconsultar per febre alta, però al Programa de Salut Internacional. En les múltiples consultes ningú va preguntar per viatges recents i la pacient tampoc va explicar un viatge (VFR) a Guinea Equatorial. Reinterrogant recorda que va realitzar malament la quimioprofilaxi (QMF). Llavors, s'orienta com a virosi o possible malària.

Noves proves: AG (30/12/21): pancitopènia (1.700 l amb 408 N, Hb 11,1 g/dl amb Hto 35%, plaquetes 134.000), MDW 33,3, augment de reactants de fase aguda (FBN 563 mg/dl, PCR 76,5 mg/l), ALT 74 U/l. Gota grossa: no s'observen elements parasitaris. Ag Plasmodium spp: negatiu. PCR SARS-CoV-2 i influença: negatives. Finalment, PROBABLE MALÀRIA en pacient amb FEBRE POSTVIATGE amb PANCITOPÈNIA de nova aparició. S'inicia atovaquona/proguanil 3 dies amb resolució clínica.

Conclusiones: s'ha de tenir una visió àmplia en una virosi amb febre alta, sobretot en el món globalitzat on vivim i preguntar pels viatges. Cal tenir-ho present també per fer prevenció abans dels viatges.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

DAVID DE LA NUEZ RODRÍGUEZ
ÀNGELS BALLARÍN CASTANY
ALEJANDRO BARRETO MARTÍN

Contacte:
davidnuez-07@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7943

Lumbalgia o enfermedad de Pott... ¡Esa es la cuestión!

Àmbit del cas: atenció primària, urgències.

Motivos de consulta: lumbalgia mecànica irradiada a la mitat inferior del abdomen.

Historia clínica: enfocament individual: dona de 39 anys, de Sierra Leona, sense hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses, amb antecedents personals de diabetes *mellitus* de tipus 2, hipertensió arterial, síndrome del túnel carpí i embaràs ectòpic.

Consulta per lumbalgia de 1 mes d'evolució, irradiada a la zona lumbar i a la fossa ilíaca esquerra. No irradiació a extremitats inferiors, no pèrdua de força ni disestesias. Asocia tos seca. Afebril.

Exploració física: absència de dolor en apòfisis espinoses i contractura muscular lumbar dolorosa amb limitació del moviment.

Juici clínic: inicialment se considera lumbalgia mecànica i se inicia tractament sintomàtic amb antiinflamatoris.

Diagnòstic diferencial: hernia discal lumbar, contractura muscular, fractura vertebral, abscessos de psoas, espondilodiscitis.

Tractament i plans d'actuació: mala evolució amb augment del dolor en quadrants inferiors esquerra i dreta.

Radiografia de columna lumbar: imatge de ruptura cortical L4-L5.

Anàlisi: anèmia ferropènica, lleu alteració de transaminases, fosfatasa alcalina normal, VSG de 70 i PCR de 65.

Tomografia computaritzada abdominopèlvica: espondilodiscitis L4 amb osteïtis en sacro i abscessos en psoas esquerra i dreta.

Cultiu d'abscessos: positiu per *Mycobacterium tuberculosis*.

Tractament: sintomàtic + rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.

Evolució: en controls posteriors roman asimptomàtica i amb proves d'imatge que evidencien resolució del procés.

Conclusions i aplicabilitat per a la medicina de família: 1. La lumbalgia és un motiu de consulta freqüent en atenció primària, sobretot en pacients amb treball de gran exigència física. 2. Deben tenir-se en compte els signes d'alarma. En el nostre cas: mal estat general, no resposta a analgesia i irradiació abdominal. 3. Sol·licitar exploracions complementàries dirigides, seguint el criteri clínic. 4. Conèixer els factors de risc per a patologies menys freqüents: malalties prevalents en el país d'origen, etc.

MAGDALENA JURADO RUIZ
CRISTINA MUÑOZ LÓPEZ
CARLOTA PUIGSERVER PERIAGO

Contacte:
lenajr888@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7945

La importància de les normes de reconsulta

Àmbit del cas: urgències d'atenció primària.

Motiu de consulta: febrícula, tos seca i dolor abdominal

Antecedents patològics: dislipèmia, fumador diagnosticat de malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Anamnesi: Home de 61 anys que acut a les urgències del centre d'atenció primària per quadre clínic d'un dia d'evolució consistent en febrícula, tos seca, malestar general i dolor abdominal hipogàstric i a zona inguinal esquerra, que va millorar amb ibuprofèn. No canvis en el ritme deposicional, nàusees ni vòmits. No síndrome miccional.

En l'exploració física destaca lleu dolor abdominal en zona hipogàstrica, sense peritonisme. Exploració cardíaca i respiratòria sense alteracions. Punypercussió negativa bilateral.

Es realitza test d'antígens que resulta negatiu i una tira d'orina que mostra hematúria 3+.

S'orienta el cas com a probable còlic nefrític. Es realitza diagnòstic diferencial entre còlic nefrític vs. COVID-19 vs. possible prostatitis vs. procés abdominal (diverticulitis/apendicitis).

Tractament i plans d'actuació: degut al bon estat general i a la millora del dolor abdominal s'indica alta a domicili i es realitza control tèrmic, hidratació abundant i analgesia. Posem l'accent en les normes de reconsulta i indiquem reiteradament que en cas d'empitjorament acudeixi al centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) per a revaloració i la realització de més proves complementàries.

Evolució: el pacient presenta un empitjorament del dolor abdominal hipogàstric amb persistència de febrícula, de manera que reconsulta hores després al CUAP. En la revaloració presenta defensa i dolor a la descompressió a la zona hipogàstrica, anàlisi de sang que mostra leucocitosi de 23.000 amb desviació a l'esquerra. Es decideix derivar a urgències hospitalàries. Finalment, hi és diagnosticat de diverticulitis aguda complicada amb microperforació i és intervingut de forma semiurgent amb bona evolució.

Conclusions: aquest cas clínic mostra la importància de les normes de reconsulta, que han d'indicar-se sempre, especialment en pacients amb patologia dubtosa de difícil valoració inicial.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

DÚNIA BEL VERGE
BRUNO CABRERA PÉREZ

Contacte:
duniabel@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7949

Hipertensió arterial secundària a síndrome de Conn

Àmbit del cas: atenció primària (AP).

Motiu de consulta: hipertensió arterial (HTA) mal controlada.

Historia clínica: enfocament individual: home de 68 anys, amb antecedent d'HTA de 10 anys d'evolució.

Aporta AMPA amb registre alterat (TA sistòlica de 132-170 mmHg i diastòlica de 70-92 mmHg) tot i trobar-se en tractament amb tres fàrmacs (lisinopril 20 mg 1-0-1 i felodipina/metoprolol 5 mg/50 mg 1-0-0,5).

Es realitza MAPA que confirma mal control tensional i anàlítica sanguínia que mostra hipopotassèmia lleu amb K 3,39 mmol/l i funció renal preservada.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes

En el diagnòstic diferencial s'inclou HTA i l'ús de diürètics, HTA renovascular, síndrome de Cushing i hiperaldosteronisme primari (HAP).

Es realitza eco-Doppler renal que descarta alteracions renovasculars. Es deriva el pacient a endocrinologia amb sospita d'HAP. En l'estudi hormonal, es determina elevació de l'aldosterona basal (17,5 ng/dl) amb elevació de la ràtio aldosterona/renina, molt suggestiva d'HAP; que es confirma amb el test de supressió amb captopril.

Es realitza tomografia computada abdominal que mostra una lesió suprarenal esquerra de 13 mm, compatible amb adenoma suprarenal.

Tractament i plans d'actuació: suprarenalectomia esquerra i disminució posterior del tractament a fenodipina/metoprolol 5/50 mg 1/24 h.

Evolució: correcte control tensional i normalització de la hipopotassèmia.

Conclusions: l'HAP és una causa infradiagnosticada d'HTA secundària. En el cas d'una HTA resistent s'han descrit prevalences d'HAP de fins al 20%. La tríada clàssica de presentació consisteix en HTA, hipopotassèmia i alcalosi metabòlica, tot i que les alteracions iòniques poden no estar presents. Així, en el maneig en l'atenció primària s'haurà de sospitar d'HAP en pacients amb inici d'HTA entre els 30-50 anys, resistència a tractament amb almenys tres fàrmacs i amb hipopotassèmia associada, o sense.

AGNÈS CASADEMONT ARADAS
ÈRICA HOMS ROMERO

Contacte:
acasademonta.girona.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7953

Caiguda amb un peu de Charcot

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: pacient que consulta per dolor al peu dret posterior a una caiguda.

Historia clínica: antecedents personals: diabetis *mellitus* de tipus 2, complicacions micro- i macrovasculars, transplantament renal, peu diabètic, artropatia de Charcot, hipertensió arterial, dislipèmia.

Tractaments i plans d'actuació: es deriva al servei d'urgències hospitalàries on és orientat com a esquinç i es descarta fractura mitjançant radiografia.

Evolució: al cap de 24 h reconsulta a urgències. Es recomana fèrula de guix i derivació a cirurgia ortopèdica i traumatologia. Al cap de 72 h, per la persistència del dolor i l'inici de febrícula es deriva de nou, amb troballes analítiques de leucocitosi i PCR elevades. S'ingressa per a proves complementàries. La tomografia computada descarta fractura al peu dret.

Els dies següents, el pacient rep atenció del seu metge i infermera de família per al control del dolor i l'evolució. Acudeix en dues ocasions més a l'hospital comarcal de la zona i és donat d'alta.

Finalment, en una de les visites a domicili i davant la mala evolució, el seu equip de primària contacta amb la unitat de diabetis i endocrinologia de l'hospital de 3r nivell. En aquest es decideix l'ingrés amb la sospita clínica d'artritis sèptica vs. osteomielitis. Es realitza ressonància magnètica i s'observa artritis de probable origen infecciós i osteomielitis amb abscessos intraòssis. Durant l'ingrés requereix trasllat a l'UCI on acaba essent èxitus.

Conclusió: cal donar molta importància a la tasca diària de control i seguiment que fem a primària dels pacients. Aquest cas palesa com tot i múltiples visites a urgències, finalment és l'equip de primària que amb la sospita diagnòstica d'osteomielitis gestiona el trasllat del pacient a l'hospital de 3r nivell per ser valorat a la unitat referent.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

EUGENI PAREDES COSTA
SARA PERERA PERERA
ARACELI FUENTES BOTARGUES
MÓNICA SOLANES CABÚS

Contacte:
eparedes.lleida.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7954

ETutor. Transformació digital en la formació de postgrau

Objectius de l'experiència: la pandèmia de la COVID-19 ha suposat un creixement exponencial de la telemedicina en totes les seves modalitats, amb una tendència mantinguda. Paral·lelament s'han detectat dèficits en competències digitals dels metges tutors que poden condicionar el correcte aprenentatge dels residents.

Amb l'objectiu d'afavorir la formació en competències digitals dels metges residents, hem creat el programa eTutor, que s'integra en un procés de transformació digital de l'equip.

Descripció de l'experiència: el programa s'estructura en dos eixos:

Aprenentatge. Metges residents i tutors realitzen sessions formatives (píndoles), que completen la formació en aspectes diversos del programa de l'especialitat, mitjançant la plataforma corporativa de Microsoft Teams. Les sessions s'enregistren i editen posteriorment amb YouTube i s'enllacen en l'espai docent compartit de Microsoft SharePoint que té l'equip d'atenció primària.

Comunicació interprofessional. Metges residents i tutors es relacionen en xarxa mitjançant el XatSalut, el servei de missatgeria instantània del Servei Català de la Salut, integrat a l'ECAP i que permet, en un entorn segur, compartir informació clínica sense la necessitat d'estar junts a la consulta, fet que afavoreix la progressiva autonomia professional. L'eina també possibilita videoconferència per millorar el feedback en finalitzar la jornada de treball.

Conclusions: les tecnologies de la informació i la comunicació milloren i agiliten la formació dels metges residents en unes competències digitals que cal integrar en el seu dia a dia des de l'inici de la seva formació especialitzada.

La videogravació en format de seminari web permet millorar l'aprenentatge en l'oratori en modalitat en línia. Un format que apropa la formació sense necessitat de compartir espai físic i que es pot enregistrar per a visualitzacions posteriors.

El treball en xarxa millora la comunicació interprofessional, i la missatgeria instantània integrada en l'ECAP la facilita enormement.

Aplicabilitat: els recursos digitals corporatius permeten complementar la formació dels futurs metges de família en aspectes comunicacionals en línia que seran bàsics en el seu desenvolupament professional.

ELISABET DESCALS SINGLA
QUERALT MIRÓ CATALINA
CAROL ROVIRA ALGARA
ELENA PELEGRIN PARRA

Contacte:
edescals.cc.ics@gencat.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7955

Presencial i no presencial. Diferències entre centre d'atenció primària i consultoris rurals

El servei d'atenció primària (SAP) del Bages Berguedà Moianès dona servei a 201.399 usuaris i està format per 15 equips d'atenció primària (EAP), 21 Centres d'atenció primària (CAP) i 38 consultoris locals. Part del territori es classifica zona rural.

Objectiu: observar l'efecte de la ruralitat en la tipologia de visites utilitzades durant el 2021. Descriure el percentatge de visites presencials i l'ús d'eines no presencials als CAP i consultoris, i separar els consultoris segons la comarca: Bages, Moianès i Berguedà.

Material i mètodes: estudi transversal de les visites als CAP i consultoris els anys 2019-2021; serveis de medicina, infermeria, odontologia, pediatria i treball social. S'ha treballat amb dades anònimes a nivell de consultori o CAP, i s'han considerat visites presencials les fetes als domicilis i les visites al centre.

Resultats: la meitat de les visites que s'han fet als consultoris durant el 2021 han estat presencials; el 47,9% al Bages, el 46,1% al Moianès i el 52,9% al Berguedà. L'ús de l'eConsulta es troba en creixement des del 2019; ha passat del 0,1% al 7,2% al Bages i del 0,03% al 3,5% al Berguedà, <1% als consultoris del Moianès. L'ús de la visita telefònica ha significat un 23,9% al Bages, un 32,1% al Moianès i un 20,7% al Berguedà.

Les eines de la consulta no presencial, eConsulta i telefonia, s'han utilitzat més als CAP que als consultoris: 8% vs. 5,9% i 30,6% vs. 22,8% respectivament. L' eConsulta segueix en creixement des del 2019, mentre que la consulta telefònica s'ha vist reduïda respecte el pic del 2020 tant als consultoris com als CAP.

Conclusions: tot i no poder parlar de causalitat, s'observa una tendència a realitzar més visites presencials als consultoris, especialment de les zones més rurals, que als CAP. Per contra, l'ús de les eines no presencials és més usat als CAP, zones urbanes.

BRUNO CABRERA PÉREZ
DÚNIA BEL VERGE
BEATRIZ DE PERAY SACRISTÁN

Contacte:
brunocp4@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7956

Abordatge del debut de diabetis *mellitus* des de la unitat bàsica d'atenció

Àmbit: atenció primària.

Motiu de consulta: polidipsia i poliúria.

Història clínica: home de 38 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents d'interès. Fumador 20 paq/any. Antecedents familiars: mare amb diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2).

Acut a consulta d'infermeria explicant polidipsia i poliúria de 2 mesos d'evolució. Control de glicèmia capil·lar: 315 mg/dl. El pacient passa a la consulta del metge de família. Última analítica disponible del 2018, amb glicèmia de 105 mg/dl.

Exploració física: pes 96 kg, alçada 174 cm, IMC 31,7 kg/m², PA 131/77 mmHg, freqüència cardíaca 77 bpm, auscultació cardiorespiratòria i abdomen sense alteracions. Cetonèmia negativa.

S'interroga sobre la dieta: ingesta elevada d'hidrats de carboni d'absorció ràpida. Àpats: esmorza entrepà amb embotit, dina pasta amb tonyina, berena entrepà, sopa carn amb llegums. Fa diàriament transgressions dietètiques amb xocolata, llaminadures. No fa esport.

S'administren 6 UI d'insulina ràpida i se cita l'endemà per a analítica i control de glicèmia en dejú.

A l'analítica destaca glicèmia de 281 mg/dl, hemoglobina glicada 12,2%, colesterol total 251 mg/dl, HDL 46 mg/dl, LDL 160 mg/dl, triglicèrids 223 mg/dl, TSH normal. Peptid C normal. Bioquímica d'orina sense alteracions.

Consulta conjunta amb infermeria: s'expliquen pautes d'alimentació, educació sobre com administrar la insulina i s'inicia pauta bolus-basal a 0,4 UI/kg amb insulina glargina 0-0-22 UI i ràpida 5-5-5. S'informa dels signes per detectar una hipoglicèmia. Citem al pacient periòdicament per ajustar la insulina.

Interconsulta amb endocrinologia per a estudi etiològic.

Orientació diagnòstica: hiperglicèmia simple secundària a DM2 de debut.

Conclusions: la DM2 és una patologia important en el nostre dia a dia. És fonamental el treball en equip i la comunicació metge-infermeria per al diagnòstic i l'abordatge d'una patologia crònica freqüent en atenció primària. Fer educació sanitària i un seguiment estret al diagnòstic és clau per a una bona adherència al tractament i estils de vida. Educar en la identificació d'hipoglucèmies és un punt bàsic per a la seguretat del pacient insulinitzat.

MAR JARQUE MOYANO
NATALIA ROSES MUNTASELL
IRENE RIVERO FRANCO

Contacte:
fiscus3@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7957

Pandèmia de la COVID-19, pandèmia reumatològica?

Àmbit del cas: atenció primària i altres especialitats.

Motiu de consulta: dona de 74 anys consulta per dolor inguinal que cursa amb impotència funcional i febre de 38,7 °C. Rebel al tractament antiinflamatori i només respon a corticoides orals (prednisona 30 mg).

Nega contusió prèvia ni sobrecàrrega.

Història clínica: antecedents personals: no tòxics. Neoplàsia de mama. Osteoporosi.

Anamnesi: durant l'ingrés de març de 2020 per pneumònia SARS-CoV-2 presentà dolor i tumefacció a l'articulació coxofemoral. L'abril de 2020, artritis al turmell dret on descarten causa sèptica i es realitzen proves d'autoimmunitat que són negatives i s'orienta com a artritis per cristalls. Realitzen tractament amb prednisona. El maig de 2020 dolor i tumefacció a l'articulació metacarpofalàngica de la mà esquerra, que va requerir tractament amb infiltracions corticoides. Durant els episodis d'artritis presenta febre. No síndrome tòxica associada ni Raynaud. No síndrome seca. No fotosensibilitat ni aftosi. Nega alopecía o trombosi. No claudicació mandibular. Mai avortaments.

Analítica: setembre de 2021: VSG 15, FR negatiu. Desembre de 2021: VSG de 113, PCR 2,42, ANA i citrul·linats, 331 i 40 (<20), ferritina 391 (25-250).

Exploració: abducció i flexoextensió conservades. No calor ni rubor. No exantemes.

Radiografia de pelvis: artrosi de la columna lumbar, irregularitat acetabular dreta, coxartrosi, proliferació òssia al trocànter dret.

Judici clínic: debut d'artritis reumatoide postinfecció per SARS-CoV-2.

Tractament i plans d'actuació: es prescriu corticoide durant els brots i es derivem a la unitat de reumatologia per a valoració.

Conclusions: la infecció per SARS-CoV-2 ha demostrat gran capacitat per activar malalties inflamatòries autoimmunes en pacient sense clínica prèvia. Des de primària haurem d'estar atents els propers anys al seu possible desenvolupament per l'alt percentatge de població que ha estat infectada pel SARS-CoV-2.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

JESSICA GALINDO GIL
JORDI BRESKO ESCURA
MATILDE CATALA

Contacte:
jessicagalindogil1994@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7959

Odinofagia y dolor torácico

Àmbit del cas: urgències.

Motivo de consulta: home de 18 anys, derivado de su centro de atención primaria por dolor torácico opresivo irradiado al brazo izquierdo, que cede con la toma de aspirina. Presenta amigdalitis bacteriana y toma amoxicilina/ácido clavulánico desde hace 4 días. El lunes tuvo un pico febril de 38 °C.

Antecedentes personales: amigdalitis de repetición, miocarditis en 2019.

Exploración física: se encuentra hemodinámicamente estable con febrícula de 37,2 °C y con una exploración cardiopulmonar normal.

Pruebas complementarias: se solicita electrocardiograma que muestra ritmo sinusal con Ts picudas V5-6, DII, DIII, AVF y una radiografía de tórax sin alteraciones. Análítica: PCR 66,1 mg/dl y movimiento enzimático con troponinas T 327 nG/l. En el ecocardiograma se aprecia fracción de eyección ventricular en el rango inferior normal 55%, con edema miocárdico y la resonancia cardíaca confirma miocarditis reciente. Se aprecia leve dilatación ventricular izquierda y fibrosis miocárdica focal no isquémica relacionada con cicatriz de miocarditis.

Diagnóstico diferencial: infarto agudo de miocardio vs. pericarditis vs. espasmo coronario vs. angina estable/ inestable. Aunque el 5-15% de los casos asocien miopericarditis, el electrocardiograma no es compatible, y no hay presencia de derrame pericárdico. No hay factores de riesgo cardiovascular ni de consumo de sustancias que puedan hacer pensar en un espasmo coronario. El dolor no se relaciona con esfuerzo o reposo como para tratarse de una angina. La amigdalitis bacteriana concomitante y la miocarditis previa, junto con los resultados de pruebas complementarias, confirman miocarditis aguda de etiología infecciosa.

Orientación diagnòstica: miocarditis aguda con evoluci3n favorable postratamiento con bisoprolol 1,2 mg 1-0-0 y ramipril 2,5 mg 0-0-1. Amigdalectomia posterior.

Comentario final: la atenci3n primaria es la puerta de entrada de cualquier patología. Es importante valorar la globalidad del paciente y tener las herramientas para detectar y derivar de manera precoz, y evitar, así, evoluciones desfavorables.

Bibliografía: management of Acute Myocarditis and Chronic Inflammatory Cardiomyopathy. 2020.

PAULA BARNÉS ANGLADA
ANNA MARIA PALLARÉS SEGARRA
JESUS VIEYTES BONMATI
MARIONA MOLINA CALLE

Contacte:
pbarnes@ssibe.cat

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7961

Participaci3n ciutadana amb un toc de salut

Objectiu: participar en l'apoderament de la comunitat durant processos pùblics, tenint en compte els determinants de la salut.

Descripci3n: fa pocs dies, tres professionals del nostre centre d'atenci3n primària van ser convidats al procés participatiu de la reforma del passeig del poble on treballem.

En aquesta reuni3n hi havia treballadors de l'ajuntament, treballadors d'altres entitats, i habitants del poble de diferents edats. La trobada va consistir a caminar pel passeig i anar-se aturant en diferents punts per comentar quins canvis s'hi podien fer per millorar. Van estar 2 h discutint en un tram de 800 metres, i tothom deia la seva sobre el paviment, la sorra, el carril bici, la vegetaci3n, els bancs, les fonts, els parcs infantils, les terrasses dels bars, l'aparcament de cotxes, el mur i els arcs característics del passeig... Mai s'havien fixat en tants elements d'un passeig!

Realment els va sorprendre l'organitzaci3n per part de l'ajuntament i la implicaci3n i participaci3n de la comunitat. Durant el mes de desembre i gener es van fer reunions informatives sobre el tema i es van passar uns qüestionaris a la poblaci3n. Una vegada gestionades les respostes dels qüestionaris, es va realitzar la visita participativa, a la qual va assistir-hi el personal d'atenci3n primària, i durant els mesos de març i abril està programat fer tallers de creaci3n conjunta i presentar resultats.

Conclusions: amb aquesta experiència es vol remarcar la importància de donar responsabilitat als ciutadans en les qüestions pùbliques i tenir en compte que la major proporci3n de determinants de salut s3n socials i econ3mics. I es troben en la comunitat, no en el sistema sanitari.

Aplicabilitat: tot procés comunitari hauria de tenir implícita la participaci3n dels professionals d'atenci3n primària, per donar un toc de salut a les decisions de la comunitat.

Open Acces



Comunicacions XXVIII Congrés de la CAMFiC

ARNAU GRASET TARRAGÓ
RAÚL GUZMÁN LANGENHOFF
ADRIANA ARMISEN VÁZQUEZ

Contacte:
agraset@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7962

Les metanefrines a l'orina tenen sempre algun significat patològic?

Àmbit del cas: consultori local d'atenció primària (rural).

Motiu de consulta: rubor facial.

Història clínica: enfocament individual: dona de 50 anys. Antecedents personals: no al·lèrgies conegudes ni hàbits tòxics. Obesitat de grau I, anèmia per dèficit de vitamina B12 en tractament i hipertensió arterial controlada amb mesures higienodietètiques. Consulta al nostre consultori local per quadre clínic de 2 mesos d'evolució que s'acompanya de *flushing* facial, vegetatisme i palpitations amb sensació d'alteració del gust després de l'administració d'injectables (vitamines, vacunes, anestèsics locals...) que s'autolimita als 15-20 minuts.

Exploració física i proves complementàries: BEG, NC, NH, C i O. SatO₂: 99%. TA 139/78 mmHg. Afebril. Auscultació cardiopulmonar normal. Abdomen anodí. Extremitats inferiors sense edemes ni signes de trombosi venosa profunda.

Demanem analítica de sang i d'orina amb paràmetres dins la normalitat, exceptuant una lleu elevació dels metabòlits metanefrina (357,11 µ/24 h) i normetanefrina (613 µ/24 h).

Enfocament familiar i comunitari: bon suport familiar i social.

Judici clínic: elevació de catecolamines que suggereix procés tumoral adrenal o extraadrenal.

Diagnòstic diferencial: reacció al·lèrgica adversa, feocromocitoma, interferències medicamentoses.

Tractament, plans d'actuació i evolució: es descarta causa al·lèrgica. S'amplia l'estudi amb tomografia computada i ressonància magnètica sense troballes significatives. Es repeteix al cap d'1 mes l'analítica de sang i orina amb normalització dels paràmetres objectivats.

Conclusions: un valor elevat de metanefrines i normetanefrines no és necessàriament indicatiu de presència de tumor. La freqüència de falsos positius (sobretot per la manca d'una recollida correcta de la mostra, alimentació i fàrmacs) planteja un dilema diagnòstic que en molts casos dona pas a la realització de proves complementàries.

CARMEN RODRÍGUEZ POZO
IRENE VERA MORENO

Contacte:
carmenrodriguezpozo@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIII CAMFiC 7965

Sembla que no veig bé...

Àmbit del cas: atenció primària/urgències hospitalàries.

Història clínica: enfocament individual: pacient de 38 anys sense al·lèrgies conegudes, fumador, consum d'enol de 3 UBE al dia, exconsumidor de marihuana i cocaïna (2011). Antecedent d'infecció per SARS-CoV-2 el gener de 2022.

Anamnesi: acudeix per persistència d'astènia des de la infecció per SARS-CoV-2. A més, a l'anamnesi dirigida refereix disminució de visió a l'ull esquerre de 4 dies d'evolució (3 dies abans de finalitzar el confinament per SARS-CoV-2). Des de llavors, pèrdua de visió al quadrant superointern del mateix ull.

Exploració: la campimetria per confrontació mostra quadrantanòpsia superior dreta de l'ull esquerre. La resta de l'exploració és normal.

Judici clínic, diagnòstic diferencial, identificació de problemes: atès que el pacient té un escotoma no present prèviament, es derivà a urgències d'oftalmologia.

Tractament, plans d'actuació i evolució: el pacient va ser valorat a urgències d'oftalmologia, on es va diagnosticar d'oclusió arterial de la retina, es va realitzar teràpia amb làser i es va posar tractament anticoagulant. De moment, persisteix un mínim escotoma, però amb clara millora des de l'inici del quadre. Actualment, el pacient refereix un mínim dèficit visual, que no condiciona activitats del dia a dia.

Conclusions: s'ha de tenir en compte, especialment en la nostra àrea d'atenció, que, tot i que el pacient pot considerar un símptoma com a principal, cal recordar preguntar per altres alteracions. Nosaltres som el primer filtre del qual disposen i hem d'estar atents per a què no se'ns passin diagnòstics potencialment greus i tractables. D'altra banda, atès el nostre actual desconeixement sobre les complicacions derivades de la COVID-19, hem d'estar especialment atents a les mateixes en pacients amb la infecció o antecedents d'aquesta.

MARTA GUERRERO MUÑOZ
LAURA NOVALIO RODRÍGUEZ
ANA FERNÁNDEZ GÓMEZ

Contacte:
marta.mgm@hotmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7967

Diarrea persistente tras episodio infeccioso

Hombre de 33 años sin antecedentes patológicos de interés.

Fue valorado en atención primaria por cuadro de intoxicación alimentaria tras barbacoa. Se realizó estudio por presentar diarrea acuosa persistente. En cuanto a parásitos en heces destacó infección por *Giardia lamblia*. Realizó tratamiento con tinidazol 2 g, dosis única, con resolución del cuadro.

A las 3 semanas reconsulta. Explica diarrea acuosa de hasta 4 deposiciones/día sin productos patológicos, no dolor abdominal, no fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración física: normotenso, afebril, tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen anodino. No signos de deshidratación. No lesiones cutáneas ni signos de focalidad neurológica.

Inicialmente se orienta como gastroenteritis aguda. Inicia dieta astringente e hidratación.

A los 17 días reconsulta por persistencia de los síntomas, se orienta como diarrea persistente y se inicia estudio.

Diagnóstico diferencial: infección crónica por *Giardia* con episodio recurrente, otra etiología infecciosa, diarrea de Brainerd, esprue tropical, secuelas postinfecciosas (intolerancia a la lactosa, sobrecrecimiento bacteriano [SIBO] o síndrome de colon irritable postinfeccioso), otras (celiaquía, malabsorción de ácidos biliares, colitis microscópica, enfermedad inflamatoria intestinal).

Coprocultivo y parásitos en heces negativos.

En analítica destacan anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa positivos. No otras alteraciones.

Se orienta como cuadro de celiacía. Paciente con giardiasis reciente tratada y resuelta que es diagnosticado de celiacía. Posible enfermedad subyacente crónica, que debuta tras la infección.

Se remite a digestivo e iniciamos dieta sin gluten, con mejoría de síntomas.

Conclusiones y aplicabilidad: es importante tener presente los criterios de estudio de diarrea persistente y crónica. Ante un episodio de diarrea persistente y diarrea infecciosa reciente hay que valorar la presencia de posibles secuelas postinfecciosas, y la presencia de enfermedad gastrointestinal subyacente crónica que debuta tras la infección, siendo la celiacía la más frecuente.

FRANCESC ALÒS COLOMER
IRIS ALARCÓN BELMONTE
ANNA PUIG RIBERA

Contacte:
cesc.alos@gmail.com

Nombre de registre:
XXVIIIICAMFiC 7968

Empitjorament de la dispnea en el pacient de malaltia pulmonar obstructiva crònica. És fonamental identificar la inactivitat física i el comportament sedentari

Àmbit: atenció primària.

Motius de consulta: home de 62 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), amb progressió de la dispnea en els darrers 2 mesos, escala de dispnea mMRC de 2. Actualment en tractament amb tiotropi. No canvis en la tos ni en l'expectoració. No clínica de dolor toràcica, ortopnea ni edemes a les extremitats inferiors. No signes d'infecció respiratòria. No dades suggestives d'apnees del son.

Antecedents: exfumador fa 15 anys amb un índex tabàquic de 30 paq/any, MPOC, darrera espirometria: FEV1/FVC 60%, FEV1 74%. Prova de difusió del monòxid de carboni del 50%. No exacerbador habitual.

Treballa d'administratiu i refereix que presenta un comportament sedentari (treballa 7 h assegut i interromp el temps assegut cada 2 h aproximadament). En els darrers 6 mesos ha reduït l'activitat física habitual (ha deixat de sortir a caminar 40 minuts diaris).

Exploració física: murmur vesicular conservat i SatO₂ 96%. COPD Assessment Test (CAT): 24 punts.

Es realitza un electrocardiograma sense alteracions. La radiografia de tòrax no presenta alteracions significatives. Anàlítica bioquímica, hemograma, tiroide i eosinòfils normals. Espirometria similar a prèvia.

Tomografia computada toràcica amb signes d'emfisema centrolobel·lar amb alguna bronquiectasi en língula i lòbul mitjà, no complicades.

Evolució: una vegada descartades les causes d'augment de la dispnea, símptoma cardinal del pacient, es deriva a rehabilitació pulmonar. Es comprova la tècnica inhalatòria, es prepara un pla d'activitat física individualitzat (reemprendre l'activitat física) i es recomana interrompre el temps sedentari cada 30 minuts a la seva feina.

Als 3 mesos de seguiment, el pacient va presentar franca millora clínica de la dispnea (CAT: 8) i en el test de la marxa, en què assolí el 80%.

Conclusió: Els pacients amb MPOC presenten alts nivells d'inactivitat física i sedentarisme. L'activitat física regular i la reducció del comportament sedentari s'associa a una millor qualitat de vida i una menor morbimortalitat. És fonamental identificar els pacients amb baixa activitat física per part del metge i infermeria de família, per realitzar una intervenció precoç.