Recull 2013

APSalut 2013

El butlletí científic de la Unitat Docent d'ACEBA

AP Salut és una publicació trimestral de la Unitat Docent d'ACEBA que es va iniciar el gener del 2013. S'envia a totes les persones subscrites i a la comunitat de residents, tutors i col·laboradors d'UDACEBA.

AP Salut tracta temes d'interès i actualitat vinculats a l'Atenció Primària, l'autogestió i la formació de professionals sanitaris. S'estructura en diferents seccions relacionades amb la pràctica clínica, l'autogestió, la formació, la recerca i les TIC.

Tots els articles han estat elaborats amb l'expertesa i rigor del nostre equip, amb l'objectius d'esdevenir una eina de coneixement aplicable en la tasca diària dels professionals santiaris.

Aquest recull conté tots els articles publicats enguany en les diferents edicions de l'AP Salut.

Desitgem que sigui del vostre interès i una eina d'informació i coneixement útil en la vostra praxis professional.

Exemplars publicats

Volum 1 Número 1 – Gener 2013
Volum 1 Número 2 – Abril 2013
Volum 1 Número 3 – Juliol 2013
Volum 1 Número 4 – Octubre 2013

Categories temàtiques

- Editorials
- Temes Clínics
- Casos Clínics
- Salut Comunitària
- Autogestió
- Metodologia Docent
- Recerca i Coneixement
- Noves Tecnologies

APSalut i el Dr. da Pena

Albert Casasa Plana. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

Iniciem una nova singladura amb el butlletí científic APSalut. La Unitat Docent dels Equips de Base Associativa (UDACEBA) s'ha consolidat després de 8 anys. Tres promocions de residents ja han acabat i tots ells han fet créixer la nostra comunitat.

Tot això no hauria estat possible sense l'impuls del Dr. da Pena. Ell ens ha deixat aquest any 2012.

Josep Manuel da Pena Alvárez fou Metge de família de l'EAP Sardenya i Cap d'estudis d'UDACEBA.

Compromès amb l'ètica. Sempre amatent als conflictes d'interessos que esbiaixen les nostres decisions, i abocat a la lluita contra la medicalització de la vida quotidiana.

Defensor d'una sanitat pública potent, de prestigi i per a tothom, va treballar incansable per l'eficiència i la sostenibilitat del sistema.

Va apostar per l'autogestió dels centres de salut a través dels Equips de Base Associativa com una forma de reforçar el compromís i el prestigi de la sanitat pública.

Els darrers temps ens va donar suport al projecte APSalut. Els seus valors són els nostres. Ens queda el repte de continuar el seu llegat.

Editorials

- APSalut i el Dr. Da Pena
- Reptes en la docència en Infermeria
- Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
- Residents d'Infermeria

"Dr. Josep Manuel da Pena Álvarez. Defensor d'una sanitat pública potent, de prestigi i per a tothom, va treballar incansable per l'eficiència i la sostenibilitat del sistema."

Citació
Autor: Casasa Albert
Títol article: APSalut i el Dr. da Pena
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 1. Article 1
Data: 10 de desembre de 2012

http://www.udaceba.cat/pl205/publicacions/butlletins/editorials/id4/editorial-apsalut-i-el-dr-da-pena.htm

Editorials

- APSalut i el Dr. Da Pena
- Reptes en la docència en Infermeria
- Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
- Residents d'Infermeria

"La formació de les noves infermeres serà molt més completa i eficaç. Permetrà fer créixer la disciplina acadèmica reforçant el desenvolupament professional, revertint directament a millorar el servei a les persones."

Reptes en la docència en Infermeria

Judith Vila. Tutora d'infermeria familiar i comunitària (UDACEBA)

La pràctica de la medicina ha evolucionat al llarg dels temps, així com també la necessitat de transmetre els coneixements adquirits a través de la seva pràctica diària, fet que posa de relleu que amb l'existència de la medicina apareguin els primers docents.

Un dels fenòmens característics de la nostra època és el desenvolupament de la tecnologia, i en concret l'aplicada a l'ensenyament, representant un gran avenç en la imprescindible comunicació científica i docent. Tant és així, que tenim una xarxa sòlida i reconeguda en la formació de residents de medecina a través de les unitats docents multiprofessionals.

Cal tenir en compte que en l'atenció a les persones intervenen també altres disciplines, ensenyances que han patit modificacions importants en els darrers anys dins del procés de construcció de l'Espai Europeu d'Educació Superior, iniciat a partir de la declaració de Bolonya de l'any 1999. S'han substituït les diplomatures per cicles de Grau, Màster i Doctorat, com és es cas de les infermeres.

La formació de les noves infermeres serà molt més completa i eficaç. Permetrà fer créixer la disciplina acadèmica reforçant el desenvolupament professional, revertint directament a millorar el servei a les persones. Situarà la professió en paritat amb altres disciplines, d'aquesta manera tots els professional sanitaris parlarem un mateix idioma. I no només en el nostre territori sinó que hi haurà una possibilitat ferma de mobilitat geogràfica i de cooperació europea sense limitacions.

Per tot això podem afirmar que s'obren bones i noves perspectives en un futur proper, només cal esperar que enguany es puguin acreditar noves unitats docents per poder encaminar la nostra feina cap a l'excel·lència. Però no podem parlar d'excel·lència sense esforç, per això requerirà que tant els futurs residents d'infermeria, com els nous tutors, institucions i organismes oficials treballem tots en una mateixa direcció i amb objectius comuns.

Citació
Autora: Vila, Judit
Títol article: Reptes en la docència en Infermeria
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 2. Article 6
Data: 25 de març de 2013
http://www.udaceba.cat/pl205/publicacions/butlletins/editorials/id6/editorial-reptes-en-la-docencia-en-infermeria.htm

Editorials

- APSalut i el Dr. Da Pena
- Reptes en la docència en Infermeria
- Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
- Residents d'Infermeria

"El que caldria reclamar és una més gran responsabilitat de l'administració en l'exercici del seu paper, que és ni més ni menys que exercir un servei públic, finançar, planificar i comprar serveis amb criteris d'evidència científica i eficiencia."

Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!

Albert Casasa Plana. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

1. Professionalisme, sistema nacional de salut i autogestió

La majoria de metges i infermeres assumim, com no es podria entendre d'altra manera, els valors de la professió. Això implica treballar per l'excel·lència amb integritat i de forma honesta, independentment de l'àmbit de treball que ens hagi tocat o haguem escollit.

Si jo he exercit de metge de família en entitats tan diverses com l'Institut Català de la Salut, un consorci hospitalari concertat i una entitat de base associativa, he tingut el mateix compromís en cada ocasió amb els meus pacients? Evidentment si.

El programa de l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària que s'ha desenvolupat els darrers 30 anys (amb el qual ens hem format la majoria de professionals que exercim actualment) ha anat lligat al desenvolupament d'un sistema de salut públic, amb vocació universal i de qualitat. En part això s'ha aconseguit tot i que no s'ha pogut deslliurar de l'hospitalocentrisme.

Els professionals dels equips de base associativa formem part del sistema i tenim la vocació de treballar en el Servei Nacional de Salut.

2. Proveïdors versus planificadors

El sistema públic de salut a Catalunya s'ha desenvolupat de forma diferenciada. El mutualisme històric, els consorcis municipals i l'estructura de l'ICS han fet créixer un sistema amb diversitat de proveïdors entre els quals l'experiència de les EBAs és singular per l'aposta per l'autogestió dels professionals.

La planificació i compra de serveis en sanitat pública depèn única i exclusivament de l'administració. Aquesta ho podria exercir de forma transparent, exigint als proveïdors el compliment dels contractes i fent entrar i sortir del sistema entitats en funció de l'acompliment dels objectius en la prestació de serveis. Això que seria sa i convenient en la pràctica no s'ha exercit mai.

Volem una administració pública que exerceixi amb claredat i contundència la seva funció!

3. Llocs de treball públics versus sistema públic

Amb la crisi econòmica un sistema que semblava consolidat ha començat a trontollar. Si bé el finançament de la sanitat està patint tensions externes al propi sistema, ja feia anys que s'escoltaven veus que reclamaven una gestió més eficient. És equivocat voler arreglar la manca de diners amb una acceleració de mesures per fer-lo més eficient. Tenim el risc de fer-ho ràpid i malament.

Editorials

- APSalut i el Dr. Da Pena
- Reptes en la docència en Infermeria
- Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
- Residents d'Infermeria

Però davant l'amenaça certa de pèrdues de llocs de treball s'ha volgut confrontar la naturalesa dels llocs de treball (funcionarial vs altres) fent-lo equivalent a sanitat pública versus privada. Algú, utilitzant referents decimonònics demanava que no es privatitzés la propietat dels mitjans de producció!

El que caldria reclamar és una més gran responsabilitat de l'administració en l'exercici del seu paper, que és ni més ni menys que exercir un servei públic, finançar, planificar i comprar serveis amb criteris d'evidència científica i eficiència.

Després de la segona guerra mundial, el National Health Service, referent per a molts, va començar a plantejar-se quins eren els serveis que el sistema podia finançar i quins no. I foren alguns precursors de l'evidència científica com Archie Cochrane que van posar a sobre la taula els conceptes d'efectivitat i eficiència. L'estat hauria d'assumir amb determinació aquests conceptes i aguantar les envestides demagògiques i el desgast populista que algunes mesures poden ocasionar.

4. Risc

Els equips de bases associativa gestionem una part petita del sistema (3% de l'atenció primària de salut) des de fa més de 10 anys. Els professionals dels centres autogestionats assumim risc econòmic. És a dir, si no acomplim els objectius del contracte amb el sistema públic de salut, podem perdre diners. A més, com a entitats proveïdores en època de crisi hem de fer mans i mànigues per subsistir el dia a dia amb els retards i impagaments del contracte al qual ens sotmet l'administració, que és un risc no previst quan en època de bonança es va iniciar la nostra experiència.

5. Cost, satisfacció, eficiència, sostenibilitat

El que resulta incomprensible és que l'administració no faci públiques les dades sobre els resultats dels diferents tipus de gestió.

I els que són públics són tots en la mateixa direcció: Bons resultats en salut, compliment òptim dels objectius, més accessibilitat i més cartera de serveis, innovació sense costos afegits, menor risc per a l'administració, més satisfacció de professionals i usuaris, centres amb millor satisfacció dels usuaris, posicionats entre els primers en el benchmàrquing de farmàcia, amb el cost per càpita més baix del sistema.

Què esperem?

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol article: Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 3. Article 11
Data: 18 de juny de 2013
http://www.udaceba.cat/pl205/publicacions/butlletins/editorials/id11/editorial-per-un-sistema-sanitari-public-tenim-dades.htm

Editorials

- APSalut i el Dr. Da Pena
- Reptes en la docència en Infermeria
- Per un sistema sanitari públic. Tenim dades!
- Residents d'Infermeria

"Els futurs residents d'infermeria, han de passar un examen de caràcter estatal, que es realitzarà tots els anys en diferents comunitats autònomes. La convocatòria es publica a l'entorn dels mesos de setembre-octubre al BOE."

Residents d'Infermeria

Judit Vila
Presidenta de la subcomissió d'Infermeria
Unitat Docent d'Atenció Familiar i Comunitària UDACEBA

A la Unitat Docent UDACEBA estem de celebració. El maig de 2014 donarem la benvinguda a dos Residents d'infermeria Familiar i Comunitària.

Des que l'any 2011 va començar el llarg viatge cap a l'especialitat, UDACEBA ha treballat perquè fos una realitat, ja que creiem que pot ser molt enriquidor per als nostres centres, la població, els docents d'infermeria i els companys d'altres disciplines com els residents de medicina.

Els futurs residents d'infermeria, han de passar un examen de caràcter estatal, que es realitzarà tots els anys en diferents comunitats autònomes. La convocatòria es publica a l'entorn dels mesos de setembre-octubre al BOE. Enguany per a la convocatòria 2013/14 hi ha 961 places ofertes d'infermeria (EIR-IIR), aquestes però correspondrien a totes les especialitats que si recordem són: Infermeria obstetrico-Ginecològica, del treball, salut mental, pediàtrica, geriàtrica i, familiar i comunitària.

Un cop superat l'examen, i segons el programa formatiu establert, els IIR rotaran durant dos anys per diferents serveis per tal d'obtenir els coneixements, tècniques i habilitats corresponents a l'especialitat, sota la supervisió i coordinació de la corresponent Comissió de docència. Les rotacions tenen un cronograma merament orientatiu. Serà cada unitat multiprofessional la responsable de la planificació assegurant la consecució de les competències.

Les competències passen per atenció a la dona, adolescència, edat adulta, persones ancianes, famílies, urgències i emergències i, Salut Pública i Comunitària.

Per tal que els nostres IIR assoleixin les anomenades competències, UDACEBA compta amb excel·lents companys de viatge, dos grans hospitals com són Sant Pau i dos de Maig i altres centres, unitats i institucions que compartiran la nostra tasca docent.

Des d'ACEBA també es proposaran altres activitats formatives (com introducció a l'autogestió) que juntament amb una metodologia docent potent permetrà la formació teòrica, clínica i investigadora arrodonint el currículum dels nostres residents.

Citació
Autors: Vila, Judit
Títol article: Residents d'infermeria
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 15
Data: 10 de setembre de 2013
http://www.udaceba.cat/pl205/publicacions/butlletins/editorials/id17/residents-d-infermeria.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)

Dra. Gemma Rovira. EAP Sardenya

El passat mes d'octubre van tenir lloc les Jornades del Resident d'enguany a Hostalets de Balenyà. El tema principal d'aquestes Jornades, apart d'aprofundir i conèixer de primera mà el funcionament d'una unitat de medi rural, va girar entorn a la medicina forense. En aquest sentit es van plantejar diferents casos clínics, basats en gran part en experiències reals de companys i als quals es va provar de donar una solució entre tots els assistents. Durant aquesta sessió, vàrem tenir el privilegi de comptar amb la col·laboració del Dr. Jordi Jiménez, metge forense, que va orientar i aclarir moltes de les qüestions que van anar sorgint.

Un dels casos plantejats va ésser l'estudi d'una possible sospita de maltractament, però amb la singularitat que la pacient es nega a denunciar i recorda al facultatiu el secret professional. A partir d'aquest fet es van plantejar les següents preguntes: Fins on arriba el secret Professional? Quines són les nostres obligacions i deures? El metge ha de denunciar de totes maneres? La qüestió resulta de difícil resposta, però en el debat següent es va arribar a unes conclusions clares: la pauta a seguir en primer lloc és intentar negociar amb la pacient, és ella la que, sempre que es pugui, ha de denunciar. En el cas que la interessada es negui a denunciar, és el professional el que ha de fer el certificat de lesions i deixar el cas en mans judicials.

Fenòmens cadavèrics INICIALS

Abiòtics

- Pal · lidesa cadavèrica (pallor mortis).
- Refredament cadavèric (algor mortis).
- Deshidratació cadavèrica.
- Livideces cadavèriques (livor mortis).
- Hipòstasi viscerals.

Biòtics

- Rigidesa cadavèrica (rigor mortis).
- Espasme cadavèric.

Fenòmens cadavèrics TARDANS

- Destructors: Autòlisi, Putrefacció
- Conservadors: momificació, saponificació, congelació

Un altre del temes importants de les Jornades va ser la utilització dels fenòmens cadavèrics i la seva importància en el cronodiagnòstic de mort. Tenint en compte que en una mort violenta o inesperada, el metge més proper al cadàver és el responsable de certificar la mort i l'hora de la mateixa, els fenòmens cadavèrics, com a signes positius de mort, esdevenen una eina fonamental pel facultatiu de cara a comptar amb mesures objectives de temps i causes de defunció.

Aquestes mesures es poden descriure com:

Refredament: El refredament és de caràcter generalitzat. S'inicia entre les 0-12h després de la mort i fa inicialment una caiguda de 0,8 – 1,1 º C per hora i posteriorment de 0,4-0,5 º C per hora des de les 12 a les 24 hores posteriors a la defunció. Evoluciona en ordre començant pels peus, mans i cara, seguidament s'estén a extremitats, tronc i dors per passar posteriorment a ventre, axil·les i coll i en darrer lloc a les vísceres internes.

Deshidratació cadavèrica: s'inicia a partir de la vuitena hora post mortem i és generada per l'evaporació de líquids. Es manifesta especialment en els ulls amb dos signes importants, el Signe de Stenon-Louis (Enfonsament del globus ocular a més d'arrugues en unes còrnies que han perdut la transparència) i la Taca Escleròtica de Sommer-Larcher (taca negra que sol aparèixer primerament en l'angle extern de l'ull i posteriorment en l'angle intern. Apareix en les parts no cobertes per les parpelles entre les 3 i 5h després de la defunció. Pel que fa a les mucoses, les més afectades són en les homes les de la regió interna del llavis de la boca i l'escrot i en les dones llavis majors en els genitals. Es presenta a les 72 hores post mortem.

Livideses cadavèriques: Aparició de taques color vermell-vinós, que són causades per la paralització de la circulació sanguínia, l'acumulació de la sang en els vasos sanguinis i l'acció de la gravetat. Aquestes livideses apareixen aproximadament de 3 a 5 hores després de la mort.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Rigidesa cadavèrica: Evoluciona primer a múscul llis (miocardi i diafragma) i posteriorment a músculs esquelètics. En el cor i el diafragma (com en el múscul llis) generalment s'inicia 2 hores després de la defunció.

Espasme cadavèric: Tot i que la majoría pensa que és el fenomen que s'aprecia quan un difunt es mou bruscament., en realitat un espasme cadavèric, es manifesta quan la mort sobrevé de cop, i el difunt queda totalment rígid en la posició en què estava en el moment de la mort (és molt interessant per a diagnosticar suïcidi). Exemple: Soldats al camp de batalla que han estat abatuts i han quedat en la postura que tenien abans de morir, fins i tot apuntant amb el rifle fortament agafat.

Cal diferenciar, però, aquesta diagnosi excepcional del que és la pràctica clínica diària, tenint en compte que la major part de morts que hem d'identificar són molt recents i en pacients dels quals en coneixem els antecedents patològics. En aquests casos, en lloc de fer servir el fenòmens positius de mort per a formular el diagnòstic de mort clínica, ens valem de la comprovació clínica del conjunt dels següents signes negatius de vida: absència de polsos perifèrics i de batec cardíac, absència de moviments respiratoris, inconsciència i manca de moviments voluntaris i reflexos (ex: reflex corneal), absència de resposta a estímuls dolorosos, presència de midriasi paralítica i presència de cianosi.

Un concepte important a assenyalar relacionat amb el diagnòstic de mort, és el concepte de mort cerebral. En el marc legal d'Espanya (Reial Decret 426/1980, de 22 de febrer Llei 30/1979, de 2 7 d'octubre, sobre extracció i trasplantament d'òrgans), es defineix com a mort cerebral la constatació i concurrència durant 30 minuts com a mínim, i la persistència 6 hores després del començament del coma, dels següents signes: Absència de respiració espontània, absència de reflexos cefàlics, hipotonia muscular i midriasi i electroencefalograma «pla», demostratiu d'inactivitat bioelèctrica cerebral. És bàsic destacar que la concurrència de tots aquests signes no seran suficients per determinar la mort davant situacions d'hipotèrmia o d'administració de drogues depressores del sistema nerviós central. És important assenyalar que el diagnòstic en tots els casos de mort cerebral s'ha de certificar per dos o més metges no interdependents, que no formin part del programa de trasplantaments, un dels quals haurà de tenir la condició d'especialista en ciències neurològiques.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Resum de l'exploració clínica bàsica per el diagnòstic de mort encefàlica:

Tabla 65-4. Protocolo de exploración clínica para el diagnóstico de ME

Pupilas medias o dilatadas
Ausencia de reflejo fotomotor
Ausencia de movimientos oculares
Ausencia de parpadeo espontáneo
Ausencia de reflejo corneal
Ausencia de movimientos faciales
Ausencia de movimientos musculares espontáneos
Ausencia de reflejos oculovestibulares
Ausencia de reflejos oculocefálicos
Ausencia de reflejo nauseoso
Ausencia de reflejo tusígeno
Ausencia de respuesta a la atropina
Ausencia de respiración espontánea
Pueden existir reflejos espinales

En acabat, res millor que un dinar de germanor amb els companys d'Hostalets per acabar una vetllada forense-legal en medi rural.

Citació
Autora: Rovira, Gemma
Títol article: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 1. Article 2
Data: 13 de desembre de 2012
http://www.udaceba.cat/pl191/publicacions/butlletins/temes-clinics/id1/jornades-del-resident-2012-fenomens-cadaverics-i-altres-principis-en-medicina-forense-legal-hostalets-de-balenya-.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Dermatoscòpia a l'Atenció Primària

Àngels Ballarín. Medicina Familiar i Comunitària. Tutora rural. Hostalets de Balenyà

L'Atenció Primària és la porta d'entrada de la majoria dels pacients al sistema de salut. Des d'aquí es resolen la majoria dels motius de consulta, se'n deriven un percentatge petit perquè es resolguin directament en un segon nivell i la resta són derivats a un segon nivell per valoració diagnòstica i/o terapèutica però retornaran i seran seguits conjuntament amb l'especialitzada.

Dotar l'Atenció Primària d'eines per millorar el grau de resolució i derivar selectivament els problemes que realment no es poden resoldre aquí beneficia al pacient perquè li evita molèsties, angoixes i desplaçaments innecessaris, genera satisfacció als professionals de l'AP perquè millora la seva competència clínica, els professionals de l'especialitzada no veuen les llistes diàries i els casos complexes interferits per consultes banals, i redueix despesa al sistema sanitari.

En els últims anys molts professionals de l'Atenció Primària han anat adquirint habilitats en tècniques relativament senzilles però que poden ser de gran ajuda en un moment determinat: ecodoppler, ecografia abdominal,... Una d'aquestes tècniques molt utilitzada ja entre dermatòlegs però encara poc emprada entre metges de família és la dermatoscòpia.

La dermatoscòpia és una tècnica no invasiva que mitjançant un sistema òptic amb llum polaritzada evita la refracció de la llum sobre l'estrat corni i permet veure estructures de la pell que són invisibles a ull nu. Va ser desenvolupada inicialment pel diagnòstic de les lesions pigmentades cutànies però ara també s'utilitza per altres camps de la dermatologia. S'ha vist que a l'AP l'ús del dermatoscop augmenta considerablement la sensibilitat per la detecció de lesions malignes sense reduir l'especificitat en comparació amb l'examen a ull nu. La sensibilitat per detectar un melanoma a ull nu per un metge d'atenció primària és d'un 50%. Hi ha estudis que mostren que els metges d'AP després d'un dia de formació en la utilització del dermatoscop augmenten la seva sensibilitat en un 25%. Malgrat això, s'ha d'entendre sempre com una eina més i recordar que el pilar fonamental pel diagnòstic segueix essent l'anamnesi i la visualització macroscòpica de les lesions.

Importància del càncer cutani

El càncer cutani representa 1/3 dels càncers de l'organisme. El 50% de les persones de >65 anys faran un càncer cutani al llarg de la seva vida i un 25% en faran més d'un. Entre els càncers cutanis el melanoma maligne és el menys freqüent (3-5%) però el més agressiu i representa el 75% de la mortalitat per càncer cutani. A Catalunya la incidència s'ha multiplicat per 3.5 en els homes i per 2.5 en les dones en els últims 20 anys.
Els principals factors de risc per l'aparició d'un melanoma maligne apareixen en la Taula nº1.

Taula nº1: Factors de risc de melanoma maligne
Antecedents personals de melanoma
Presència de >5 nevus atípics o síndrome de nevus displàsic
Presència de >50 nevus i sobretot >100
Pèl roig (més quantitat de feomelanina)
Fototipos I y II
Efèlides
Exposició intensa a radiació UV (cremades solars)
Antecedents de melanoma en familiars de 1er grau

En quant a prevenció primària és important evitar les hores punta de sol, utilitzar cremes de protecció solar amb factor alt i mesures de barrera (barrets, samarretes...).

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Pel que fa a la prevenció secundària el diagnòstic precoç de les lesions cutànies canceroses és l'única acció que disminueix la incidència de melanoma maligne i augmenta la supervivència dels pacients que ja el tenen. De totes maneres no hi ha evidència suficient per recomanar el cribratge anual per part del metge o del propi pacient i s'aconsella únicament mantenir una actitud vigilant i activa i aprofitar per inspeccionar la pell dels pacients quan els explorem per altres motius.

El diagnòstic de lesions cutànies pigmentades

La regla ABCD per a la valoració de les lesions cutànies pigmentades va ser ideada l'any 1985 però continua sent molt útil en l'actualitat. Des de l'any 2004 s'hi va afegir la E de l'evolució i s'ha vist que justament aquesta és la més específica de melanoma. Taula nº2.

Taula nº2: Regla ABCDE
Asimetria
Bordes- marges
Color
Diàmetre >6mm
Evolució

Utilitzant aquesta regla davant d'una lesió cutània pigmentada la sensibilitat pels metges d'Atenció Primària a l'hora de diagnosticar un melanoma és d'aproximadament un 50% (igual que tirar una moneda).

Una altra ajuda per la detecció precoç és l'anomenat The ugly duckling sign, que aconsella prestar especial atenció a una lesió pigmentada amb aspecte molt diferent a la resta de lesions del mateix pacient.

I és en aquest punt on la Dermatoscòpia pot ser de gran ajuda per acabar de discernir si ens trobem davant d'una lesió benigna o amb sospita de malignitat i per tant si cal la biòpsia cutània que ens donarà el diagnòstic definitiu.

El paper de la Dermatoscòpia

Podem utilitzar dos tipus de dermatoscops: dermatoscops d'il·luminació de contacte (DIC) que utilitzen un líquid en la interfase o bé dermatoscops equipats amb lents de llum polaritzada (que no necessiten líquid a la interfase ni el contacte directe amb la pell) però la majoria d'estructures i colors són equivalents pels dos tipus.

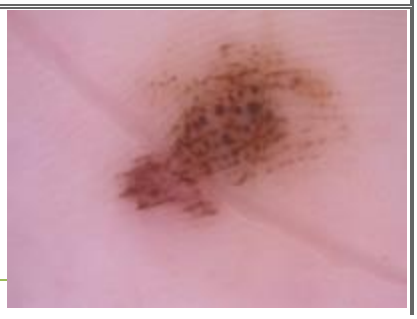
Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

A través del dermatoscop la eumelanina adopta un espectre de colors en funció principalment de la profunditat en la pell. En la capa còrnia és negra, en la resta de l'epidermis i la dermis superficial és marró, a la dermis papil·lar gris i a la dermis inferior i reticular blava. Quan un tumor té molta melanina a diferents nivells el veiem negre. A part de la melanina pròpiament també podem veure altres colors, per exemple el vermell de l'hemoglobina, el blanc de la despigmentació o la cicatrització, el groc del material sebaci o la hiperqueratosi, el taronja del material serohemàtic en una ulceració superficial o el negre fosc de la sang coagulada.

D'una manera senzilla, pràctica i molt orientada a l'Atenció Primària l'aproximació a una lesió cutània des del punt de vista dermatoscòpic es fa en dues etapes:

1- Diferenciar entre lesions melanocítiques i no melanocítiques. Les lesions melanocítiques presenten alguna de les 5 estructures típiques descrites a la Taula nº3.

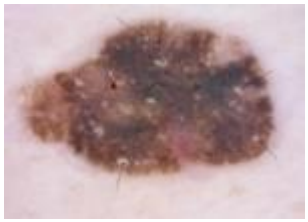
Taula nº3: Característiques de les lesions melanocítiques	
Reticle pigmentat típic. Estructura en xarxa de color marró o negre amb un patró que s'assembla a un rusc d'abelles.	
Patró globular: estructures de color marró, negre o vermell rodones o ovalades, de diàmetre superior a 0.1mm. A vegades poden estar agrupades formant un patró en empedrat.	
Patró paral·lel: pigmentació en bandes paral.leles que ocupen les crestes o els solcs de les lesions acrals.	

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

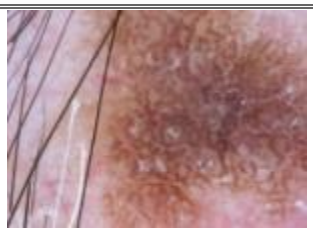
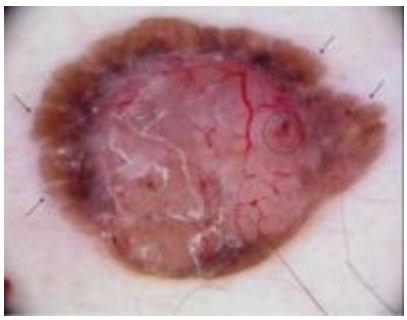
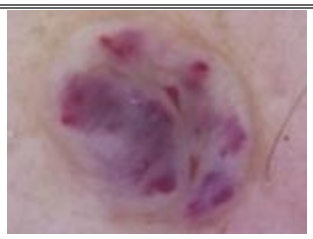
Taula nº3: Característiques de les lesions melanocítiques	
Pigmentació blau homogeni:pigmentació blava amb marges irregulars recoberta d'un vel blanquinós que li dóna aspecte de vidre esmerilat.	
Línees o projeccions: estructures lineals en el marge de la lesió.	

Quan no compleixen cap d'aquests 5 criteris les classifiquem com a no melanocítiques i hauríem d'intentar reconèixer algunes de les estructures de cada lesió específica. Les més habituals amb les seves característiques es mostren en la Taula nº4.

Taula nº4: Principals lesions no melanocítiques	
Queratosi seborreica Pseudoquists de milium (estructures circulars de color blanc o groc, indicat amb fletxes), taps cornis (estructures rodones marrons o negres), fissures i crestes (depressions lineals irregulars, si n'hi ha moltes recorden la superfície cerebral), vasos en forqueta amb halo blanc (indicats amb cercle), final del marge sobtat, marge corcat (apolillat), àrees en empremta digital.	

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Taula nº4: Principals lesions no melanocítiques	
Queratosi seborreica	
Carcinoma basocel.lular Àrees en fulla d'arç (extensions bulboses de color marró a gris-blau amb forma semblant a una fulla d'arbre, que no estan en contacte amb altres àrees pigmentades. Indicades amb fletxes), estructures en roda de carro (projeccions radials, marrons, gris o blau amb confluència central hiperpigmentada), glòbuls blau-blanc múltiples, nius grans ovoides blaus, telangiectàsies ramificades (vasos grans i ramificats, ben definits en la superfície del tumor), ulceració (indicat amb cercle).	
Dermatofibroma Pegat blanc central, reticulació fina perifèrica.	
Hemangiomes Llacunes vermelles, blavoses o negres.	

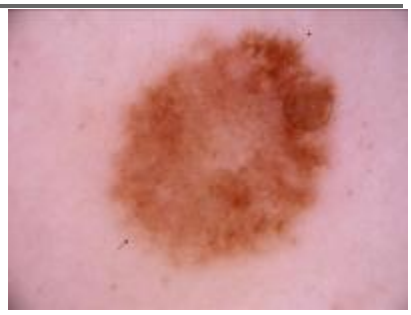
Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

2- Quan tenim una lesió melanocítica hem de distingir si és benigna o sospitosa de malignitat

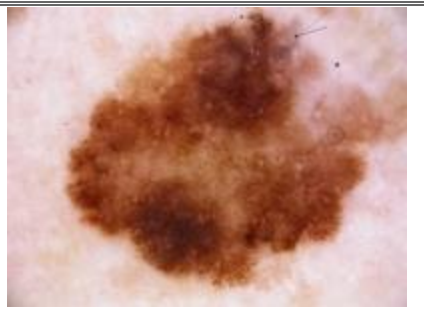
S'ha desenvolupat un algoritme simplificat, la llista dels tres punts, útil per ulls menys experimentats en dermatoscòpia i que és simple, precisa i reproductible per la detecció del càncer de pell. Ideal per l'Atenció Primària. L'objectiu és identificar totes les lesions potencialment malignes, incloent el carcinoma basocel·lular i el melanoma amb un alt nivell de sensibilitat (fins a un 96%). L'especificitat per contra oscil.la entre 32% per no experts i d'un 94% en experts.

Avalua la presència de tres criteris dermatoscòpics:
Asimetria (de colors o estructura dermatoscòpica) en un o dos eixos perpendiculars: es divideix la lesió en dues parts el més simètriques possibles i amb un altre eix perpendicular a aquest. Es valora l'asimetria de colors i estructures però no de forma de la lesió.
Reticle pigmentat atípic: amb orificis irregulars i línies gruixudes.
Àrees de color blanc/blau
La presència de 2 o més d'aquests criteris és sospitosa de malignitat i obliga a completar l'estudi. A continuació, Taula 5, alguns exemples clars.

Taula 5: Exemples de sospita de malignitat	
Nevus displàsic Patró reticular amb hipopigmentació central. Zona de reticle pigmentat típic (fletxa), zona de reticle pigmentat atípic (cap de fletxa) i zona de regressió (cercle).	
Nevus displàsic Patró reticular en forma de hipo/hiperpigmentació multifocal. Zones de reticle atípic (línies gruixudes, orificis irregulars) al centre de la lesió que es difumina cap a la perifèria.	

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Taula 5: Exemples de sospita de malignitat	
Melanoma d'extensió superficial Reticle pigmentat atípic (punta de fletxa), reticle invertit (fletxa), regressió blanca (asterisc) i regressió gris (cercles).	
Melanoma lentiginós i acral Patró paral·lel de la cresta (fletxes), punts marró fosc de distribució asimètrica i vel blau-blanc (asterisc).	

Evidentment la dermatoscòpia dóna per molt més i si algú vol aprofundir-hi podrà arribar a diagnòstics molt més acurats. Entre la bibliografia podreu trobar algun recurs interessant per avançar en el seu coneixement.

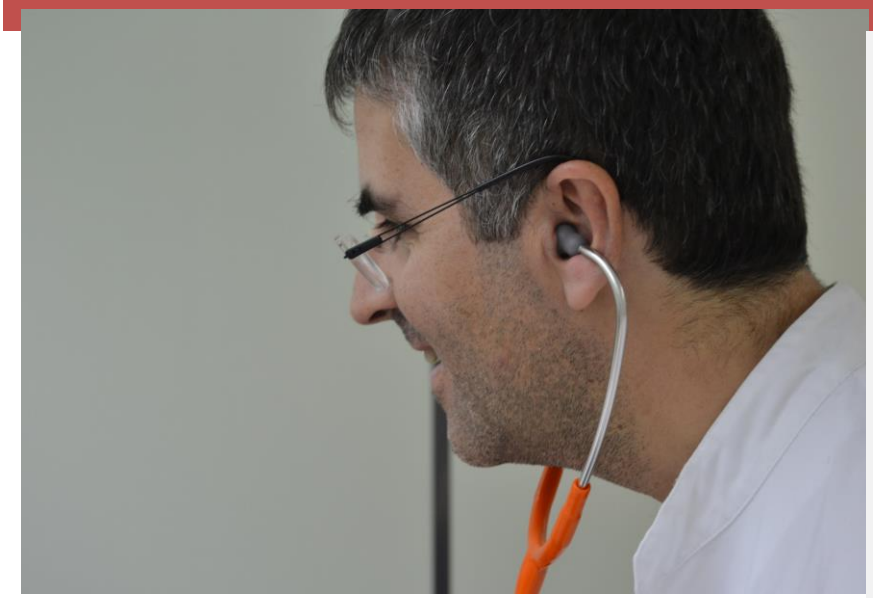
Bibliografia

1. www.dermatoweb.net Font d'on provenen les imatges.
2. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. Manual de dermatoscopia. BCN Art Directe S.L. Barcelona 2006.
3. www.genomel.org/dermoscopy/index.html És un tutorial molt interessant sobre dermatoscòpia que han elaborat dermatòlegs de l'Hospital Clínic de Barcelona.
4. www.dermatlas.org
5. Shenenberger DW. Cutaneos Malignant Melanoma: A Primary Care Perspective. Am Fam Physician. 2012 Jan 15;85(2):161-16
6. Gary N Fox. Dermoscopy: An invaluable tool for evaluating skin lesions. Am Fam Physician. 2008 Sep 15;78(6):704-706

Citació
Autora: Ballarín, Àngels
Títol article: Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 2. Article 7
Data: 26 de març de 2013
http://www.udaceba.cat/pl191/publicacions/butlletins/temes-clinics/id8/dermatoscopia-a-l-atencio-primaria.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)



Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària

Marta Coderch. Metgessa de família EAP Sardenya
Anna Soteras. Infermera EAP Sardenya

Quan parlem de Seguretat del Pacient fem referència a totes aquelles pràctiques que es duen a terme a tots els nivells de l'atenció sanitària per evitar danys innecessaris als seus usuaris, que estan assentades damunt l'imperatiu ètic de la no-maleficència.

Per què hem de preocupar-nos els professionals de la Seguretat dels nostres pacients?

De l'estudi APEAS 1 es conclou que una de cada 100 consultes en un Centre d'Atenció Primària presenta un esdeveniment advers. Un metge que fa 20 consultes diàries tindrà un esdeveniment advers amb dany a la setmana. Del total de 4.000 consultes que fa a l'any, 40 seran amb esdeveniment advers. Per sort, la gran majoria són lleus, si bé també poden presentar algun esdeveniment advers greu.

Potser una de les dades més rellavants d'aquest estudi és que el 70,2% dels esdeveniments adversos són evitables.

Entre les causes més freqüents, destaca en primer lloc la relacionada amb la medicació i l'administració de medicaments (48,2%), seguida de les cures (25,7%), la comunicació (24,6 %), el diagnóstic (13,1 %), la gestió (8,9 %) i altres (14,4 %).

La càrrega assistencial i els problemes derivats de la situació socioeconòmica actual són factors que poden afavorir l'error o perjudicar l'estat i percepció de salut dels nostres pacients. És per tant necessària la presència de comissions especifiques en els diferents centres, que liderin i promoguin estratègies orientades a la millora de la salut i la seguretat, des l'anàlisi de la situació de la organització i el seu context, fins a la planificació i definició de polítiques i procediments necessaris per assolir-les.

Les línies estratègiques proposades en atenció primària són:

- La promoció de la cultura de la seguretat mitjançant la informació i formació de tots els professionals, la instauració de canals de comunicació, notificació i anàlisis d'esdeveniments adversos, i la identificació d'objectius estratègics en seguretat del pacient. Un recurs útil per apendre a millorar són els sistemes de notificació d'incidents com el del "Instituto para el uso seguro del medicamento" (www.ismp-espana.org)

- Promoure l'ús segur de la medicació, assegurant-ne la prescripció segura tenint en compte les contraindicacions, les interaccions i les al·lèrgies. Un aspecte a destacar en aquest camp és la conciliació farmacològica.

- Millorar la comunicació entre professionals de la salut i l'usuari, afavorint la informació, confiança i participació.

- Promoure la coordinació/integració entre nivells assistencials, gestionant els processos de forma integral en el sistema i assegurant-ne la continuïtat assistencial.

- Aprofundir en el coneixement dels signes d'alerta per evitar el retard en el diagnòstic de malalties greus.

- Disminuir la variabilitat de la pràctica clínica, fomentant l'ús i actualització de les guies de pràctica clínica i dels protocols.

- Promoure la salut a través de la prevenció de malalties mitjançant vacunació, i mitjançant l'objectivació i prevenció del risc de caigudes i úlceres per pressió.

Així, la seguretat del pacient està orientada a analitzar el sistema, no a buscar culpables. Un model classic explicatiu, el "Formatge de Reason" (figura 1), el qual ens ajuda a visualitzar que un esdeveniment no desitjat succeeix quan s'alinien vàries possibles causes d'inseguretat en relació amb el pacient (forats del formatge), al mateix temps que fallen les barreres que té el sistema per evitar que es produeixi (talls del formatge).

Per tant, per poder fer una correcta avaluació de la situació i posterior planificació d'estàndards de qualitat ens cal en primer lloc identificar els punts febles i els desencerts, i per tant reconèixer-los.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

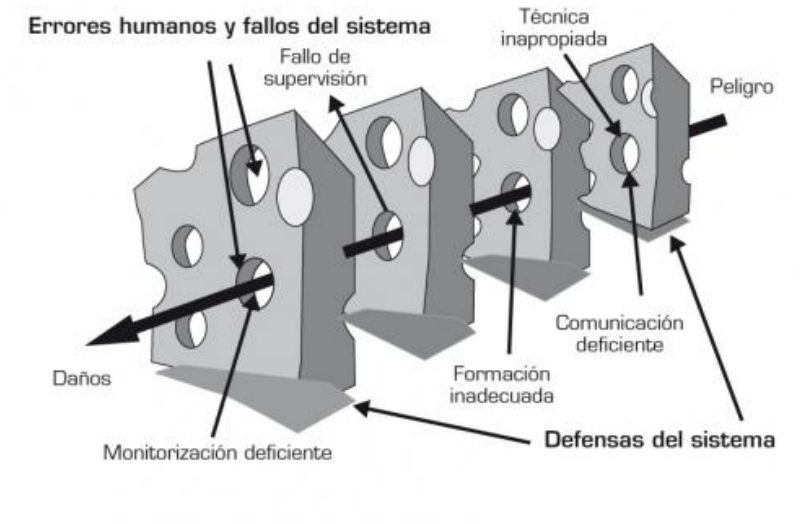


FIGURA 1. IMAGEN DEL LLAMADO QUESO SUIZO O QUESO DE REASON

Admetre els errors o la possibilitat de que podem corregir algunes pràctiques no sempre és senzill, i encara menys, agradable, sovint per por al judici que se'ns faci posteriorment, quan en realitat com a individus, i en aquest cas com a col·lectiu professional, la única condemna possible és la millora i l'avanç cap a l'excel·lència professional.

Bibliografia

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS 2008 [Internet]; Disponible a www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
- Reason J. Human error: models and Management. BMJ 320:768doi: 10.1136/bmj.320.7237.768

Documents consulta

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La seguretat dels pacients en l'atenció primaria a Catalunya. 2011 [Internet]; Disponible a www.gencat.cat/salut
- Ministerio de Sanidad i Política Social. Estandares de calidad de cuidados para la Seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca 2008 [Internet]; Disponible a www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf
- HEALTH-EU. Disponible a http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_en.htm

Citació

Autores: Coderch, Marta; Soteras, Anna.
Títol article: Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 3. Article 12
Data: 19 de juny de 2013
http://www.udaceba.cat/pl191/publicacions/butlletins/temes-clinics/id13/promovent-la-cultura-en-la-seguretat-del-pacient-en-latencio-primaria.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques

Anna Soteras Prat. Infermera i Tutora EAP Sardenya

El procediment de cura de les ferides cròniques (les que no han epitelitzat en un període de 6 setmanes), siguin de la etiologia que siguin, a més a més de requerir uns coneixements previs per part del professional qui les maneja i controla, esdevé també un procés diari d'aprenentatge.

En aquest document explicarem les diferències entre els diferents productes que existeixen en el mercat, i com utilitzar-los segons les característiques de la ferida.

Per tal d'assegurar-nos l'èxit en el procés de curació, a l'iniciar el procediment, ens cal recollir i registrar la informació obtinguda de les següents valoracions:

VALORACIÓ INICIAL I INTEGRAL DEL PACIENT
- Comorbiditats que poden interferir en el procés de cicatrització
- Hàbits tòxics
- Tractaments farmacològics
- Factors de risc (sondatges, ostomies, guixos/ortesis…)
- Hàbits higiènics

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

- Nivell de la consciència i capacitat funcional [mitjançant les escales de Barthel (activitats bàsiques de la vida diària), Lawton i Brody (activitats instrumentals de la vida diària), i també l'escala de Norton (risc aparició úlceres per pressió)]
- Valoració de l'estat nutricional

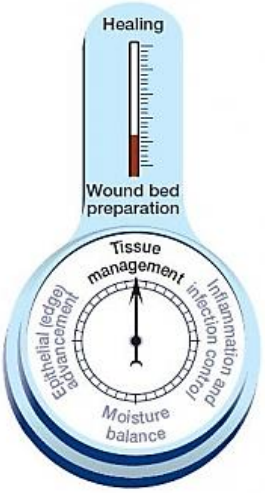
VALORACIÓ DE LA FERIDA
- Temps d'evolució de la ferida
- Localització
- Estadiatge
- Dimensions
- Cavitació
- Tipus de teixit present en el llit de la ferida
- Estat de la pell perilesional
- Quantitat i tipus d'exsudat
- Signes clínics d'infecció
- Dolor
- Tipus de cura i periodicitat

PREPARACIÓ DEL LLIT DE LA FERIDA
És un procés que elimina les barreres locals que impedeixen la cicatrització, i que s'ha d'adaptar a les necessitats de la ferida.

Falangaproposa utilitzar l'esquema TIME1 (acrònim de l'anglès):

T	Teixit no viable
I	Control de la infecció i la inflamació
M	Control de l'exsudat (moisture, humitat en anglès)
E	Estimulació de l'epitelització

T



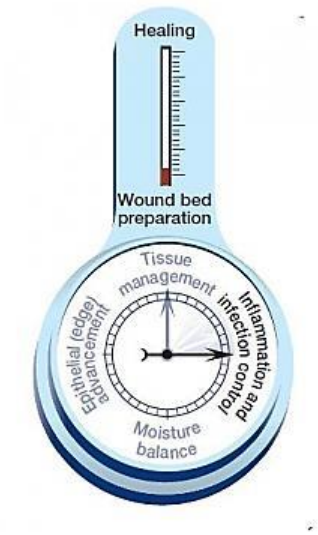
.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

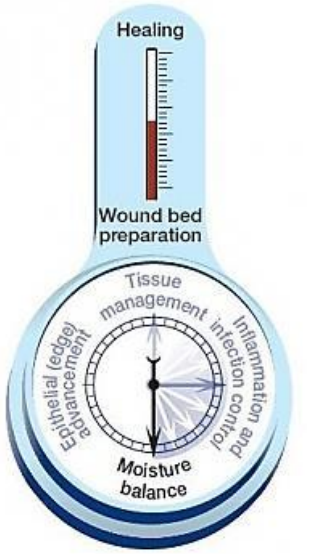
Representa un procés obert, ferida crònica amb cicatrització lenta. Ferida coberta amb teixit necròtic que requereix desbridament.

I



La ferida s'ha infectat, hi ha una desacceleració de la curació. Es requereixen agents antimicrobians i desbridament.

M

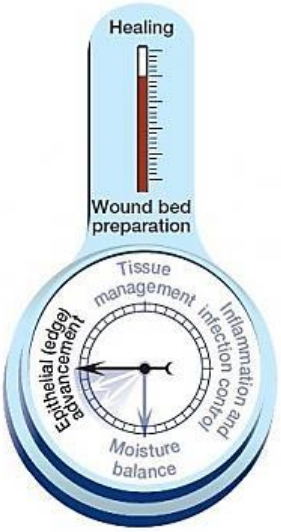


Com a resultat de la infecció i / o la inflamació la ferida està produint més exsudat i l'atenció ara es centra en l'equilibri de la humitat.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

E



A mesura que la colonització o les infeccions es resolen i s'aconsegueix l'equilibri d'humitat, l'atenció s'ha de traslladar a l'avanç epitelial (de la vora).

NETEJA DE LA FERIDA

Cal netejar-la abans de cada cura, i les recomanacions són que es faci amb sèrum fisiològic, o bé amb aigua destil·lada o aigua potable de l'aixeta2,3,4. Per tal d'evitar traumatismes en el teixit sa, cal exercir la força mecànica mínima tant per a la neteja com per a l'assecat.

ELECCIÓ DEL TRACTAMENT LOCAL DE LES FERIDES CRÒNIQUES, BASAT EN LA CURA HUMIDA

La tècnica de la cura humida es realitza mantenint el llit de la ferida aïllat del medi ambient exterior, de manera que el propi exsudat de la ferida es manté en contacte amb aquesta, mantenint així, la ferida en un ambient humit.

Va ser Winter G. Qui l'any 1962 va demostrar que les ferides superficials epitelitzaven més ràpidament sota una pel·lícula impermeable, que les ferides deixades a l'aire en ambient sec5.

L'evidència científica disponible, demostra una relació cost/eficàcia favorable a la cura humida en comparació a la cura seca7, 8. (Augment de l'espai entre cures, menor manipulació...).

A continuació, una breu descripció dels productes que trobem en el mercat i les seves indicacions:

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

HIDROGELS

Polímers compostos d'aigua (25-95%) i altres substancies (almidó, pectina, alginat...)
VARIETATS: Gel, Placa i Malla.
INDICACIONS: Neteja autolítica i hidratació de les ferides seques, amb esfacels o teixit necròtic. Estimula la granulació.
CONTRAINDICACIONS: Sensibilitat a algun dels components. La presentació en placa no es pot utilitzar en ferides infectades o amb exposició d'os i tendons.
CANVI D'APÒSIT
GEL I MALLA: Canvi cada 48-72 hores
PLACA: Dependrà de la saturació i estat de l'apòsit, però com a màxim 7 dies.
PRODUCTES: Intrasite gel ®, Purilon Gel ®, Geliperm ®, Varihesive Gel ®.

ALGINATS
Alginat Càlcic i/o Sòdic amb residus d'àcid manurònic i gulurònic procedents d'algues.
VARIETATS: Placa i Cinta.
INDICACIONS: Absorció i retenció de l'exsudat. Desbridament autolític. Bacteriostàtic. Hemostàtic, més en les formes d'alginat càlcic.
CONTRAINDICACIONS: Sensibilitat al producte.
CANVI D'APÒSIT: Quan estigui saturat. Com a màxim 7 dies.
PRODUCTES: Askina Sorbsan®, SeaSorb Soft®, Sorbalgon T®, Algisite®.

PEL·LÍCULES DE POLIURETÀ
PROPIETATS: Permeable al vapor d'aigua i a l'oxigen, però impermeable a l'aigua i a les bactèries.
INDICACIONS: Ferides amb exsudat escàs o nul, o com a apòsit secundari d'apòsits no adhesius.
RECOMANACIONS: Algunes permeten dibuixar sobre el film l'àrea de la ferida.
PRODUCTES: Opsite®, Tegaderm®, Bioclusive®, Hydrofilm®.

APÒSITS DE POLIURETÀ (espumes polimèriques)
Apòsits d'estructura trilaminar. Capa interna acrílica no adhesiva, capa mitja hidròfila molt absorbent i externament poliuretà semipermeable a gasos.
PROPIETATS: No es descomponen en contacte amb l'exsudat. Eviten fugues, taques i olors. Eviten maceració de teixits perilesionals. Apòsits adaptables i flexibles. Redueixen el nombre de canvis d'apòsits.
INDICACIONS: Absorció exsudat, manteniment del medi humit i prevenció de la maceració.
CANVI APÒSIT: Deixar col·locats sense tocar-los fins que l'exsudat sigui visible i s'aproximi-hi a 1.5cm de l'extrem de l'apòsit, o màxim 7 dies.
RECOMANACIONS: No utilitzar amb agents oxidants com hipoclorits o éter.
PRODUCTES: Allevyn®; Askina Transorbent®; Biatain®; Mepilex®.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

HIDROFIBRA D'HIDROCOL·LOIDE
Fibra de carboximetilcel·lulosa sòdica.
VARIETATS: Làmina i Cinta
PROPIETATS: En entrar en contacte amb l'exsudat forma un gel que manté la integritat estructural. Proporciona un medi humit.
INDICACIONS: Ferides amb exsudat moderat o abundant, infectades o no. Ferides fistulitzades o cavitades.
CONTRAINDICACIONS: Ferides no exsudatives.
CANVI APÒSIT: Quan es saturi l'apòsit secundari o màxim 7 dies. Si la ferida està infectada els canvis han de ser freqüents.
PRODUCTES: Aquacel®

CARBÓ
Capa o làmina de carbó actiu.
VARIETATS: Impregnades amb plata, i amb material absorbent.
PROPIETATS: Inactiva les olors.
INDICACIONS: Ferides que fan mala olor.
PRODUCTES: Actisorb®, Carboflex®, Carbonet®.

MALLES O INTERFASES
PROPIETATS: Eviten l'adherència a la lesió, facilitant el canvi d'apòsits. Afavoreixen la cicatrització.
INDICACIONS: Ferides agudes, i cròniques en fase de granulació i epitelització.
CONTRAINDICACIONS: Cremades tractades amb ingerts en malla. Presència de signes clínics d'infecció.
CANVI APÒSIT: Màxim 48 hores.
PRODUCTES: Linitul®, Unitul®, Urgotul®

HIDROCOL·LOIDES
Capa externa: làmina de poliuretà. Capa interna: Micromalla química que conté tres hidrocoloides, gelatina, carboximetilcel·lulosa i pectina.
VARIETATS: Diferents gruixos.
PROPIETATS: Faciliten el desbridament autolític. Acceleren la cicatrització basada en l'efecte combinat de la hipòxia produïda per l'oclusió i la dissolució de la fibrina. Prevenen la infecció degut a l'efecte barrera, i a l'activitat dels macròfags que acidifiquen lleugerament el medi. Gran capacitat d'absorció d'exsudat. Alleugereixen el dolor.
INDICACIONS: Protecció de la pell en les zones de pressió o fricció. Curació de ferides o úlceres amb exsudat moderat o abundant.
CONTRAINDICACIONS:
Ferides o úlceres amb afectació òssia, muscular o tendinosa.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Ferides o úlceres clínicament infectades.
Ferides o úlceres causades per tuberculosis, sífilis o micosis, i cremades de 3er grau.

CANVI D'APÒSIT: Quan el gel sobrepassi el diàmetre de la ferida, o com a màxim 7 dies.
RECOMANACIONS:
No és necessari retirar les restes de gel de la ferida un cop es retira l'apòsit, ja que conté cèl·lules vives.
Es pot combinar amb alginats o hidrofibra per augmentar l'absorció de l'exsudat.
PRODUCTES: Askina Biofilm® i derivats, Comfeel Plus® i derivats, Varihesive® i derivats.

APÒSITS AMB PLATA
Plata en diferents formes químiques.
VARIETATS: Malles, Espumes i Hidrocol·loides.
PROPIETATS: En funció del mecanisme d'acció es poden dividir en;
Alliberadors de plata. De forma gradual i sostinguda.
No alliberadors de plata. L'exsudat és absorbit per l'apòsit.
En ambdós podem destacar que:
Antibacterians: gram +, gram -, llevats.
No creen resistències.
No tòxics per als fibroblasts.
Disminució dela mala olor i del dolor.
INDICACIONS: Lesions infectades o colonitzades.
CONTRAINDICACIONS: Hipersensibilitat a algun dels components (en els no alliberadors la plata no entra en contacte). Pacients sotmesos a una RMN. No utilitzar el sèrum fisiològic en els apòsits de plata nanocristal·lina.
PRODUCTES: Acticoat®, Biatain Plata®, Comfeel Plata®, Aquacel Plata®, Algisite Ag®.

ALTRES:
Apòsits de col·lagen: Afavoreixen la formació de teixit de granulació i de matriu extracel·lular. Ideal per a ferides estancades en la granulació. Productes: Catrix®, Oasis®.
Apòsits de silicona: Protegeixen el llit de la ferida de la adherència d'altres apòsits. Productes: Mepitel®, Mepiform ®.
Cadexòmetre iodat: Manté la ferida humida, gran capacitat d'absorció, té efecte desbridant del teixit esfacelat, i a mesura que absorbeix exsudat allibera petites quantitats de iode. Contraindicacions: Al·lèrgies al iode. No utilitzar en nens, en dones embarassades, dones que lacten, pacients amb funció renal alterada o trastorns de la glàndula tiroide. Productes: Iodosorb®.

CREMES BARRERA
Composició molt variada. Compostes per certa quantitat d'òxid de zinc, emol·lients, alcohols i pols de Karaya.
INDICACIONS: Per al tractament de la pell seca o irritada per secrecions.
PRODUCTES: Pasta Lassar®, Dermosa anticongestiva®, Mytosil®, Proskin®.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

ÀCIDS GRASSOS HIPEROXIGENATS
Àcids grassos essencials (Linoleic, Linolènic, palmític i esteàric).
VARIETATS: Solució tòpica en spray i càpsules.
PROPIETATS: Milloren la hidratació de la pell, augmentant la resistència a la fricció. Mantenen els nivells d'oxigenació dels teixits, i impulsen la renovació cel·lular epidèrmica.
INDICACIONS: Prevenció d'úlceres, i tractament d'úlceres de grau I.
RECOMANACIONS SOLUCIÓ TÒPICA: Aplicar de 2 a 3 vegades al dia sobre la pell íntegra. Un flascó de 20ml conté 150-200 aplicacions.
PRODUCTES: Mepentol®, Corpitol®.

CREMA DE COL·LAGENASA
Clostridiopepsidasa A.
INDICACIONS: Desbridament enzimàtic de teixits necròtics.
CONTAINDICACIONS: No utilitzar conjuntament amb antisèptics, metalls pesats, detergents o sabons perquè inactiven l'activitat de la col·lagenasa.
INSTRUCCIONS D'ÚS: Aplicar cada 24 hores. Aplicar una capa fina damunt la ferida d'uns 2mm. Cobrir amb un apòsit secundari.
RECOMANACIONS: Es pot combinar amb hidrogels, però no amb apòsits hidrocol·loides.
PRODUCTES: Iruxol mono®

SULFADIACINA ARGÈNTICA (Silvederma®)
PROPIETATS: Bactericida per a la majoria de bactèries gram-positives i gram-negatives, i també és efectiva per als llevats i els fongs.
INDICACIONS: Tractament i prevenció d'infeccions en les cremades de 2n i 3er grau, i també en ferides i úlceres.
CONTRAINDICACIONS: Hipersensibilitat a les sulfamides.
RECOMANACIONS:
En ferides molt contaminades, renovar la crema cada 12 hores.
NO aplicar en lesions obertes.
No exposar les zones tractades al sol, ja que es pot produir una decoloració cutània local, o una coloració gris a la zona degut a la crema. Per aquest motiu intentar evitar la seva utilització en lesions de la cara.

NITROFURAZONA (Furacín®)
PROPIETATS: Evitar la infecció i mantenir la ferida neta.
INDICACIONS: Cremades. Ferides i úlceres infectades. Osteomielitis. Carboncle. Abscessos.
CONTRAINDICACIONS: Al·lèrgia a la nitrofurazona.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

BIBLIOGRAFIA

Falanga V. Preparación del lecho de la herida. Ciencia aplicada a la práctica. EWMA. Documento de Posicionamiento GNEAUPP nº 3, pàgines 1-11. Juliol 2004.

Baños Lázaro Y, Jiménez Acebron, D et al. Guía de cuidados enfermeros de heridas crónicas. Disponible a: http://www.gneaupp.org/docs/guia_mad.pdf. Desembre 2005.

The Joanna Briggs Institute. Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas. Best Practice. 2006; 10(2): 1-4.

Fernandez R, Griffiths R. Agua para la limpieza de heridas (Revisión Cochrane traducida). A: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.

Winter G. Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature. 1962; 193: 293-4.

Capillas R, Cabre V, Gil A, Gaitano A, Torra JR. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Rol Enf. 2000; 23(1): 17-24.

Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Información Farmacoterapeutica de la Comarca (INFAC). Ulceras: del abordaje global a la cura local. Servicio Vasco de salud; 2000.

Domínguez Rodríguez, MC; Trujillo González, JM; González Méndez, T. ÚLCERAS POR PRESIÓN; ¿.....Y AHORA, QUÉ APÓSITO UTILIZO? Nure Investigación, nº 22, Maig-Juny 2006.

Bastida N, Crespo R, González J, Montoto MJ, Vedia C. Maneig de les úlceres per pressió. [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2002. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 3.

Capillas Pèrez RM, Castillo Muñoz L, Morros Torné C, Portas Freixes J, Vedia Urgell, C. Maneig de les úlceres vasculars. [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2004. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 10.

Citació
Autors: Soteras Prat, Anna
Títol article: L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 16
Data: 11 de setembre de 2013

http://www.udaceba.cat/pl191/publicacions/butlletins/temes-clinics/id22/l-us-de-productes-i-aposits-en-el-proces-de-cicatritzacio-de-les-ferides-croniques.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a part)

Guillem Jordi Reichenberg. Metge de família. Eap Dreta de l'Eixample

Punts clau:

1. Per no utilitzar radiacions ionitzants l'ecografia està considerada com una prova innòcua. De forma general està indicada en la valoració de les estructures sòlides. Les seves majors limitacions són l'obesitat i el gas, pel que és d'escassa utilitat en l'estudi de les vísceres buides.

2. És una exploració molt dependent de l'explorador pel que per millorar la seva sensibilitat és fonamental que l'ecografista vagi sempre orientat per una minuciosa i pertinent informació clínica.

3. Està indicada en l'estudi de la malaltia hepàtica, de la vesícula i de la via biliar, de les malalties pancreàtiques, de la melsa, del tracte gastrointestinal i de les col·leccions líquides intraabdominals. A més serveix com a guia de procediments intervencionistes.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

4. Diverses de les exploracions ecogràfiques que ens ofereixen els SDPI i les unitats d'Ecografia Clínica de Centos d'Atenció Primària- realitzades per Metges de Família acreditats en la seva formació en Ecografia-, estudien l'aparell genito-urinari, però cap d'elles ho fa en la seva totalitat, ja que inclou òrgans dispars l'examen dels quals requereix abordatges diferents i preparacions diferents.

5. L'ecografia dels genitals masculins és bàsica en el diagnòstic diferencial de la patologia escrotal. No existeixen contraindicacions i no necessita preparació prèvia.

6. L'ecografia múscul-esquelètica és una tècnica barata i innòcua que permet confirmar hipòtesis diagnòstiques i valorar el pronòstic i l'evolució de la patologia musculotendinosa. Està indicada en l'estudi dels tendons, músculs, bosses sinovials, espai articular i estructures adjacents.

7. L'ecografia tiroïdal ha suposat un gran avenç en l'estudi de la morfologia d'aquesta glàndula ja que la seva resolució espacial és de pocs mil·límetres. No aporta informació funcional com la gammagrafia.

INTRODUCCIÓ

L'ecografia és una aplicació pràctica del sonar que crea una imatge diagnòstica emprant ones d'alta freqüència. Aquesta tècnica reconstrueix l'estructura interna d'un objecte amb els ressons que origina un pols d'ultrasons quan el travessa. Els ecos tenen una intensitat proporcional a la impedància acústica del teixit i es localitzen a una distància del transductor que es correspon amb el temps que transcorre entre l'emissió del pols i la recepció de l'eco.

Amb els ecos produïts per un focus puntual d'ultrasons i utilitzant aquests dos paràmetres (intensitat i temps), es reconstrueix una imatge lineal (mode A) com la que sentim al monitoritzar el batec fetal. Si s'introdueix la variable temps es representa en una tira contínua, com l'electrocardiograma. És la imatge en mode M que avui es limita a l'ecocardiografia i els estudis Doppler. Utilitzant múltiples focus lineals adjacents (entre 50 i 150 línies per figura) es reconstrueix la imatge d'un pla anomenada imatge en mode B o en 2D.

En els anys 50 la imatge en mode B era estàtica: durant l'apnea profunda s'adquiria la representació d'un pla concret, que es visualitzava després d'un temps de reconstrucció informàtica. A continuació es movia el transductor a un altre pla per adquirir una altra imatge, i així successivament fins a valorar per complet l'àrea d'interès. A partir dels anys 70, amb l'evolució mecànica i informàtica, la reconstrucció de la imatge es fa tan ràpida que l'ull humà no reconeix que el representat en la pantalla de l'ecògraf és una seqüència de diverses imatges estàtiques per segon, igual que al cinema: és l'ecografia dinàmica o en temps real.

L'efecte Doppler (descrit per Johann Christian Doppler l'any 1842) es basa en que quan es reflecteix una ona sobre una superfície en moviment, es produeix una variació en la seva freqüència proporcional a la velocitat de la superfície reflectora.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

A la pràctica mèdica aquesta variació de freqüències s'utilitza per valorar el moviment dels hematies dins de les estructures vasculars principals (no en els capil·lars), aportant informació sobre la velocitat, direcció i turbulència del flux sanguini.

Actualment s'empren dos tipus de Doppler: el continu i el premut.

En el continu el senyal Doppler es reconstrueix en comparar la freqüència d'un pols d'ultrasons continu amb el seu ressò, que també rep de forma ininterrompuda. Permet detectar velocitats de flux molt altes, però no localitza el senyal Doppler a una profunditat concreta dins del feix, per la qual cosa no tindrem certesa de la regió anatòmica on es genera. El senyal Doppler es representa de manera sonor o en un registre de manera M.

Al Doppler polsat s'emeten polsos curts d'ultrasons a intervals regulars, fet que permet localitzar el senyal Doppler dins del feix a una profunditat concreta, proporcional al temps que triga a rebre l'eco.

El Doppler color edita amb originalitat una imatge de flux 2 D sobre la de la manera B proporcionant informació sobre el flux de forma més ràpida i menys dependent de l'observador, ja que evita pèrdues d'informació sobre les zones no interrogades amb el Doppler polsat, el qual facilita més la localització del cursor.

Quan en el monitor es representen alhora una imatge en mode B i una altra en mode M s'anomena ressò Duplex. S'utilitza en els estudis amb Doppler polsat en què la imatge en 2 D permet localitzar la posició exacta del cursor que mesura l'espectre Doppler, que al seu torn es representa en la manera M. L'associació del dúplex amb el color es diu Doppler Dúplex color o Triplex.

L'ecografia està considerada com una prova innòcua per no utilitzar radiacions ionitzants i és una excel·lent exploració inicial en molts casos per ser accessible i fiable.

De forma general està indicada en la valoració de les estructures sòlides i les limitacions més importants són l'obesitat i el gas, per la qual cosa és d'escassa utilitat en l'estudi de les vísceres buides.

És una exploració molt dependent de l'explorador pel que per millorar la seva sensibilitat és fonamental que l'ecografista vagi sempre orientat per una minuciosa i pertinent informació clínica.

Sempre s'ha definit l'ecografia com una tècnica "barata", però aquest terme és relatiu doncs, encara que el seu cost sigui menor que el d'altres exploracions (TAC, RMN...), la seva ocupació no justifica on és el límit d'allò apropiat si suposa un cost important, especialment quan la generalització del seu ús no s'ha traduït en una disminució de la sol·licitud de les exploracions que utilitzen radiacions ionitzants. D'altra banda és difícil no accedir a una petició d'ecografia donat que és una prova no invasiva i accessible. En aquest equilibri segueix sent fonamental valorar acuradament, si les sol·licituds d'ecografia estan ben justificades i si es tradueixen en un canvi en l'actitud terapèutica.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

1. ECOGRAFIA ABDOMINAL

L'ecografia abdominal és una tècnica de gran utilitat en l'estudi de la patologia digestiva. Està indicada en l'estudi de la malaltia hepàtica, de la vesícula i de la via biliar, de les malalties pancreàtiques i esplèniques, del tracte gastrointestinal i de les col.leccions líquides intraabdominals. A més serveix com a guia de procediments intervencionistes.

L'exploració ecogràfica de la cavitat abdominal superior requereix una preparació prèvia amb dejuni de 6-8h per reduir la interposició de gas intestinal i induir la distensió fisiològica de la vesícula biliar. Per minimitzar el timpà intestinal també és útil suprimir el consum de xiclets i tabac. En els pacients amb abundant meteorisme pot ser convenient realitzar el dia anterior una dieta sense fècules, llegums ni begudes gasoses.

L'examen s'inicia en decúbit supí i es fan talls longitudinals i transversals de totes les vísceres abdominals. El fetge i la melsa s'exploren millor en apnea inspiratòria o Valsalva per forçar el seu descens per sota de la vora costal. Si això no s'aconsegueix han d'explorar a través dels espais intercostals, però aquesta via deixa més fàcilment zones del parènquima sense visualitzar. El pàncrees s'identifica millor amb respiració superficial, bombament abdominal o fins i tot en bipedestació.

1.1. Malalties hepàtiques

L'ecografia és la tècnica d'imatge d'elecció en l'estudi dels pacients amb sospita de malaltia hepatobiliar. En condicions normals el fetge es presenta com un òrgan sòlid, amb la seva morfologia i situació característica, i amb un patró d'ecos de densitat homogènia i d'intensitat una mica superior a la del parènquima renal i esplènic. En el seu interior s'observen estructures tubulars anecoiques que es corresponen amb els vasos suprahepàtics i portals. La via biliar intrahepàtica només es visualitza si està dilatada.

A. Lesions hepàtiques difuses

Encara que algunes malalties hepàtiques difuses tenen un patró ecogràfic característic, en la majoria dels casos l'ecografia es limita a valorar la presència de lesions ocupants d'espai (LOES) i a confirmar l'existència d'una hepatopatomegália veritable, distingint-la de desplaçament cabal del fetge per altres causes (emfisema, vessament pleural, col·leccions subfrénicas...). També s'empra per guiar la biòpsia hepàtica.

Una de les patologies difuses més freqüents és l'esteatosi hepàtica o infiltració grassa difusa. El seu aspecte ecogràfic és el d'un fetge més ecogènic del que és habitual, més "brillant", que es defineix com hiperecogènic en relació al parènquima renal. Les seves causes fonamentals són l'alcoholisme, la diabetis, l'obesitat, la hiperlipèmia, el tractament corticoideu, la malnutrició, la Síndrome de Reye i malalties metabòliques. No són necessaris els controls ecogràfics, excepte en els casos en què després de tractament etiològic no millorin les transaminases. Si l'elevació de les mateixes persisteix més de 6 mesos cal valorar la necessitat d'una biòpsia hepàtica per descartar altres causes.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Una altra patologia freqüent és el fetge d'estasi, secundari a un augment de pressió venosa en aurícula dreta. Aquest s'ha de sospitar quan l'hepatomegàlia s'associa a una dilatació de la Vena Cava i Venes Suprahepàtiques.

En l'hepatitis aguda l'ecografia sol confirmar l'hepatomegàlia, que mostra una ecogenicitat disminuïda i realç dels radicals portals, cosa que no aporta informació addicional al diagnòstic mèdic. En les hepatitis agudes l'ecografia no està indicada inicialment, però pot ajudar a valorar altres causes d'icterícia o dolor abdominal en els casos en què hi hagi dubtes diagnòstics.

En la cirrosi hepàtica té un paper important ja que és molt sensible a la detecció de signes indirectes d'hipertensió portal i d'ascites. El 85 % dels hepatocarcinomes s'originen sobre un fetge cirròtic, pel que en aquests pacients és aconsellable realitzar controls ecogràfics i determinacions d'alfa fetoproteïna cada 6 mesos per tal de realitzar el seu diagnòstic precoç.

En resum, l'ecografia permet valorar si hi ha o no hepatomegàlia, orientar el diagnòstic d'algunes malalties hepàtiques (esteatosi, fetge d'estasi...), monitoritzar l'evolució de la hipertensió portal i diagnosticar l'existència de LOES, inclòs el cribratge de l'hepatocarcinoma en la cirrosi hepàtica de qualsevol causa.

B. Lesions hepàtiques focals

L'ecografia permet detectar LOES i establir les seves característiques i relacions anatòmiques amb una precisió diagnòstica del 100% en les lesions líquides i del 85-90% en les sòlides, encara que les lesions menors d'1 cm poden passar desapercebudes. Permet diferenciar les lesions focals de les difuses i les sòlides de les líquides, però no hi ha un patró ecogràfic patognomònic de cap lesió hepàtica.

A més és útil en el seu control evolutiu i com a guia de procediments intervencionistes, tant diagnòstics com terapèutics.

Les lesions líquides són anecoiques, estan ben delimitades i presenten un reforç acústic posterior. El seu diagnòstic diferencial pot ser difícil i en ocasions precisar punció i fins i tot drenatge. Els quists hepàtics apareixen com cavitats úniques o múltiples farcides de material líquid, sent els quists biliars i els hidatídics els més freqüents. Els hematomes i els abscessos solen ser més irregulars, de vores pitjor definits i amb ressons en el seu interior. Alguns tumors hepàtics necrosats poden tenir un aspecte similar.

Les lesions sòlides es presenten com a àrees nodulars amb una ecogenicitat diferent de la del parènquima circumdant. Quan són isoecoiques i adquireixen una major grandària es detecten per desplaçar les estructures anatòmiques normals.

Entre les lesions benignes, el hemangioma (angioma cavernós) és el tumor hepàtic més freqüent. Sol ser una troballa casual en pacients asimptomàtics. Es presenta com una lesió hiperecogènica ben definida, generalment menor de 2 cm, única i més freqüent en dones. El diagnòstic ecogràfic no és específic, pel que en els casos característics i en absència de disfunció hepàtica, tumor primari conegut o factors de

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

risc d'hepatocarcinoma, s'ha de controlar ecografia fins a demostrar la seva estabilitat (com a exemple, amb estudis ecogràfics als 6, 12 i 24 mesos). Si és major de 2-3 cm o té característiques atípiques és convenient confirmar el seu diagnòstic amb altres tècniques d'imatge més específiques com el TAC amb contrast o la RMN.

Una altra imatge freqüent són àrees focals hipoecòiques en el context d'una infiltració grassa. A l'esteatosi es produeix un augment de la ecogenicitat al fetge que generalment és difús i homogeni. En ocasions aquesta infiltració deixa àrees de fetge sa aïllades entre el parènquima afectat, que es manifesta com nòduls hipoecoics. Solen ser de mida petita (1-1,5 cm) i es localitzen de forma característica al voltant de la vesícula o de la vena porta. És aconsellable controlar-les amb ecografia si són més grans, no tenen aquesta localització típica o si hi ha sospita clínica de malignitat.

Lesions sòlides benignes menys habituals són la hiperplàsia nodular focal, més freqüent en dones i que no necessita tractament, i l'adenoma hepàtic, reqüentment relacionat amb l'ús prolongat d'anticonceptius orals.

Les lesions malignes més freqüents són les metàstasis d'origen gastrointestinal, mama i pulmó. El hepatocarcinoma apareix habitualment sobre fetges cirròtics en forma de nòduls, únics o múltiples, o infiltrant el parènquima de forma difusa. En els limfomes la infiltració difusa (hepatomegàlia) és més habitual i només en escasses ocasions es presenta com una lesió focal.

C. Hipertensió portal

L'ecografia és una tècnica de gran utilitat en el diagnòstic de la hipertensió portal. Els seus signes ecogràfics són la dilatació de l'eix espleno-portal, l'esplenomegàlia i la presència de vasos colaterals, incloent la recanalització de la vena umbilical. També és molt útil per valorar l'existència de trombosi portal. L'estudi Doppler permet avaluar la direcció i característiques del flux espleno-portal i la permeabilitat de les anastomosis portosistèmiques.

D. Estudi de la vesícula i vies biliars

L'ecografia és la tècnica d'elecció en l'estudi inicial de la patologia biliar.

Colelitiasi i colecistitis

Només un 15-20% dels càlculs biliars són radiopacs i poden detectar-se amb radiologia simple. No obstant això, la sensibilitat de l'ecografia per al diagnòstic de colelitiasi és d'un 95-97%, sent capaç de detectar càlculs majors de 3 mm, amb independència que siguin o no radiopacs. La troballa típica és la presència a l'interior de la vesícula d'estructures hiperecogèniques amb ombra acústica posterior que es desplaça en la direcció de la gravetat en mobilitzar al pacient.

El fang biliar es presenta com un nivell líquid-líquid intravesicular que també canvia de posició amb la gravetat deixant la porció més declivi ocupada per ecos de baixa amplitud (grisos) sense ombra acústica. L'ecografia també detecta complicacions de la colelitiasi com la colecistitis aguda, la colecistitis crònica i la coledocolitiasi.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Els criteris diagnòstics de la colecistitis aguda són la distensió de la vesícula, el dolor a la pressió sobre la vesícula amb el transductor (Murphy ecogràfic positiu) i l'engruiximent de la paret (> 3- 4mm). S no s'intervé sobre ella l'afectació vascular origina hemorràgia, necrosi i microabscesos intramurals que evolucionen a una colecistitis gangrenosa, en la qual s'observen ecos interns no declivis i sense ombra acústica que representen restes de pus i fibrina. Pot aparèixer líquid lliure perivesicular o intraabdominal. La perforació ocorre en un 10% dels casos podent organitzar col·leccions perivesiculares o empiema que fins i tot necessiten drenatge percutani. La colecistitis emfisematosa és una complicació rara, generalment en diabètics o persones grans, deguda a la colonització per microorganismes productors de gas que es caracteritza per la presència de bombolla a la vesícula o en la seva paret. La colecistitis aguda alitiàsica és més freqüent en nens. En adults ha de fer sospitar microorganismes atípics, drogues per via parenteral o immunodepressió.

La colecistitis crònica s'instaura quan la inflamació de la paret perdura en el temps. El seu diagnòstic ecogràfic és menys fiable. Es mostra com una vesícula que no es distén amb el dejuni, generalment amb la paret engruixida i litiasi en el seu interior (vesícula escleroatrófica), sent fins i tot difícil d'identificar. Una forma especial és la vesícula "en porcellana" que mostra una típica calcificació de la paret en "closca d'ou", que pot fins i tot diagnosticar-se amb radiografia simple. En l´ecografia s'observa com una àrea curvilínia hiperecogènica amb ombra posterior. La seva importància rau en el seu potencial de malignització (10-20 %).

Tumors

Els pòlips vesiculars es mostren com imatges ecogèniques intravesiculars dependents de la paret i que, a diferència dels càlculs, no tenen ombra acústica posterior ni es mobilitzen amb canvis posturals. Poden monitoritzar-los ecogràficament cada 6-12 mesos, sent aconsellable la seva extirpació si són majors d'1 cm per confirmar la seva naturalesa benigna.

L'adenocarcinoma de vesícula és un tumor poc freqüent que es presenta en dones > de 50 anys, habitualment associat a litiasi biliar. És estrany que en els estadis inicials produeixi símptomes, per la qual cosa el seu diagnòstic sol ser tardà. Amb ecografia es visualitza com una massa de contorns irregulars i estructura heterogènia que no es limita a la paret de la vesícula, infiltrant el parènquima hepàtic i la via biliar.

El colangiocarcinoma es presenta ecogràficament com una lesió nodular, sòlida o quística, que produeix icterícia obstructiva. El seu diagnòstic precoç també sol ser difícil.

Icterícia

L'ecografia és també la tècnica de primera elecció en l'estudi del pacient ictèric. La dilatació de l'arbre biliar orienta el diagnòstic de colèstasi extrahepàtica diferenciant-la de la malaltia hepatocel·lular, encara que la seva absència no l'exclou. En els casos de recent instauració, i per tal de donar temps al estasi retrògrad de la bilis, es pot repetir l'estudi passats uns dies si empitjora la hiperbilirrubinèmia i encara no tenim un

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

diagnòstic.

La via biliar intrahepàtica no es visualitza en condicions normals, i en els estadis inicials seva dilatació es presenta com formacions tubulars anecòiques paral·leles a les portals amb les quals forma una imatge "en doble rail" (si el pla de tall és longitudinal a la via) o en "canó d'escopeta" (si el tall és transversal). Quan progressen en grandària aquestes estructures poden confluir en l'hili en forma d'estrella.

Els radicals biliars drets i esquerres s'uneixen a l'altura de la porta en el conducte hepàtic comú (CHC). Al CHC se li uneix el cístic format pel colèdoc o conducte biliar principal (CBP) que se situa anterior a la porta ocupant la vora lliure del epipló menor i arriba fins a la la papil·la duodenal. En el diagnòstic de la dilatació de la via extrahepàtica un CHC major de 4 mm té una alta sensibilitat i especificitat. El calibre normal del CBP és de 6 mm, però el seu diàmetre augmenta amb l'edat i en pacients colecistectomitzats, en els quals pot ser normal amb 9 mm.

L'ecografia, a més del diagnòstic d'obstrucció, aporta informació bàsica en relació amb el nivell de la mateixa amb una sensibilitat del 90-100%. Només identifica la causa al 60-80% dels casos (litiasi, tumor...) a causa de la dificultat per valorar la porció distal del colèdoc i el cap del pàncrees.

A la coledocolitiasis s'observen una o diverses imatges hiperecogèniques amb ombra acústica localitzades a l'interior del colèdoc. La sensibilitat diagnòstica és menor que la colelitiasi per la dificultat d'accés (50-70%) i disminueix fins a un 10% si no s'associa a dilatació de la via biliar. Si se sospita cal fer un CPRE i esfinterotomia endoscòpica.

1.2. Malalties del Pàncrees

L'ecografia és la primera exploració que s'ha de sol·licitar si sospitem patologia pancreàtica. Permet valorar la seva morfologia i fer puncions diagnòstiques i fins i tot el drenatge d'abscessos. No obstant això, el meteorisme intestinal dificulta la correcta visualització de la glàndula fins a un 25-30% dels casos. Per millorar la seva valoració pot ser útil desplaçar el gas del cos gàstric omplint l'estómac amb aigua (Tècnica de l'aigua). Tot i això en un 19% dels casos pot no aconseguir-se per constitució del pacient (obesitat, interposició de gas...)

Pancreatitis aguda

El diagnòstic de la pancreatitis aguda és clínic-analític. Un cop realitzat aquest s'ha de demanar una ecografia abdominal per estudiar l'etiologia litiàsica que apareix en el 40-60% dels casos. En absència de litiasi biliar els signes d'esteatosi hepàtica orienten a l'etiologia alcohòlica.

En les formes lleus l'aspecte ecogràfic del pàncrees sol ser normal, però es pot observar un augment de mida de la glàndula o una disminució de la seva ecogenicidad. En les formes necrotitzants la glàndula es troba desestructurada per l'edema i la necrosi mostrant àrees hipoecòiques i freqüents col·leccions de líquid lliure peripancreàtic o intraabdominal que poden persistir fins i tot setmanes o mesos

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

després de la recuperació clínica. L'existència d'ili paralític dificulta l'observació del pàncrees i del retroperitoneu pel que en la fase aguda la tècnica d'elecció és la TAC.

Pancreatitis crònica

Les manifestacions clíniques més freqüents de la pancreatitis crònica són el dolor abdominal, els símptomes d'hiperglucèmia i la pèrdua de pes, amb o sense diarrea. La radiologia simple pot detectar calcificacions a l'àrea pancreàtica en el 50% dels casos. A l'ecografia la glàndula pot tenir un aspecte normal, encara que és freqüent objectivar calcificacions així com canvis en la ecogenicitat, la mida o la definició del seu contorn que varien amb l'evolució de la malaltia. En els estadis inicials no es diferencia de la pancreatitis aguda. Posteriorment el pàncrees es fa més heterogeni amb àrees focals hiper o hipoecòiques, microcalcificacions i pseudoquists, de vegades sense dilatació dels conductes biliar o pancreàtic (és normal fins a 1,6 mm). En fases avançades s'observa un pàncrees atròfic i hiperecogènic amb un conducte pancreàtic en forma de rosari. Pot existir dilatació del Wirsung o de l'arbre biliar. En els casos més complicats es pot associar amb trombosi esplènica o portal. Quan l'afectació pancreàtica és focal hem de fer el diagnòstic diferencial amb el càncer de pàncrees.

Tumors

La clínica més freqüent de l'adenocarcinoma pancreàtic és el dolor abdominal i la pèrdua de pes. El 90% es localitzen al cap del pàncrees. Els tumors pancreàtics solen aparèixer a l'ecografia com nòduls hipoecogènics, heterogenis i de contorns irregulars encara que moltes vegades el seu únic signe visible és la dilatació del Wirsung o de la via biliar.

L'ecografia permet a més investigar la presència d'adenopaties, metàstasi o invasió vascular. Encara que la sensibilitat de l'ecografia és d'un 70% per la vascularització de nòduls majors de 1-2 cm, quan les lesions arriben a aquesta grandària ja sol haver-hi afectació extrapancreática pel que el seu diagnòstic precoç és difícil i la seva mortalitat segueix sent molt elevada. Altres tumors pancreàtics menys freqüents són el cistoadenoma i el cistoadenocarcinoma de predomini quístic, i els tumors endocrins (insulinoma) entre els sòlids.

Lesions quístiques

La lesió quística més freqüent és el pseudoquist pancreàtic. És una complicació tardana que apareix en el 50% de les pancreatitis agudes flemonosas tres setmanes després del diagnòstic. Sol presentar-se com una lesió arrodonida, anecòica o hipoecòica, amb reforç acústic posterior i ecos dispersos deguts a envans o detritus.

1.3. Estudi de la melsa

El parènquima esplènic té una ecogenicitat similar al fetge i menor que el ronyó adjacent. La seva valoració ecogràfica és útil per a confirmar l'esplenomegàlia i en l'estudi de les lesions esplèniques focals i de traumatismes abdominals.

Esplenomegàlia

L'augment de la mida de la melsa, que pot ser difícil de valorar clínicament, és senzill de diagnosticar amb ecografia en observar la melsa globulosa i amb un eix longitudinal superior a 13-14 cm en adults. És freqüent en la hipertensió portal i en les malalties infeccioses i hematològiques.

Lesions focals esplèniques

Les lesions focals esplèniques són poc habituals en la pràctica clínica. Una troballa relativament freqüent són els granulomes que es presenten com lesions focals hiperecogèniques de mida petita, generalment calcificades, pel que s'acompanyen d'ombra acústica posterior. Solen correspondre a canvis crònics en relació amb malalties granulomatoses (tuberculosi, histoplasmosi, sarcoïdosi...) i com a troballa aïllada no tenen significat clínic.

Els quist esplènics poden ser congènits o adquirits després d'un procés inflamatori (hidatidosi) o traumàtic (hematoma). Són anecòics, de vores ben definides i amb reforç acústic posterior.

L'abscés esplènic és rar i generalment es deu a extensió hematògena secundària a una sèpsi per endocarditis, addicció a drogues per via parenteral o menys freqüentment a la infecció d'un hematoma esplènic postraumàtic. La seva imatge ecogràfica és una lesió hipoecòica o anecòica, mal definida i amb gas, al seu interior.

L'infart esplènic sol ser secundari a anèmia de cèl·lules falciformes, endocarditis, lupus, etc . La seva imatge ecogràfica és una falca triangular hipoecòica amb base en la càpsula, que amb el temps evoluciona fins a formar una cicatriu ecogènica lineal.

Poliesplenia

Els esplenúnculs són una troballa comuna. Són nòduls ben definits de 1-2 cm, sòlids isoecòics en relació a la melsa i localitzats prop de l'hili esplènic. El seu descobriment, gairebé sempre casual, no té clínica i només és important conèixer la seva existència si es va a realitzar una esplenectomia, per plantejar l'actitud quirúrgica.

Traumatismes esplènics

La melsa s'afecta amb freqüència en els pacients politraumatitzats. L'ecografia és útil en el moment agut si el pacient està inestable per demostrar la presència de líquid intraperitoneal secundari a ruptura esplènica, que implica una actitud quirúrgica urgent. Els hematomes generalment mostren una morfologia en semilluna de situació subcapsular, mentre que si es presenten com un defecte anecòic a la vora del parènquima cal descartar una laceració. Amb la retracció del coàgul, l'hematoma evoluciona a una col·lecció heterogènia en la qual s'entremesclen àrees ecogèniques degudes a la fibrina amb altres anecòiques degudes al sèrum. Si el pacient està estable i el traumatisme és d'alta energia s'ha d'estudiar amb TAC, ja que l'exploració ecogràfica sol estar limitada pel dolor i la ecogenicitat de l'hematoma, que en els primers moments és isoecòic, pot passar desapercebut.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

1.4. Estudi del tracte gastrointestinal

L'aplicació dels ultrasons en l'estudi gastrointestinal és de gran utilitat en l'edat infantil i és fonamental en el diagnòstic de l'estenosi hipertròfica del pílor i la invaginació intestinal. En l'edat adulta s'empra en el seguiment de les complicacions de la malaltia inflamatòria intestinal i com a estudi complementari per orientar el diagnòstic de l'apendicitis aguda i de les hèrnies de paret abdominal.

Estudi del líquid lliure a la cavitat abdominal

L'estudi ecogràfic és molt sensible en el diagnòstic de l'ascites i de la seva possible etiologia. Poden objectivar canvis secundaris a hepatopatia, hipertensió portal, trencament esplènica en els casos de traumatisme abdominal o localització de canvis inflamatoris específics (apendicitis, abscessos...) a l'abdomen agut. També serveix de guia en la paracentesi i en el drenatge percutani d'abscessos.

Estudi de les masses abdominals

L'ecografia permet determinar la naturalesa sòlida o quística d'una massa abdominal palpable i ens orienta sobre la seva possible etiologia. Diferencia si es tracta d'una visceromegalia, una vesícula palpable, un aneurisma d'aorta o una massa dependent d'una víscera sòlida, del retroperitoneu o d'origen ginecològic. També pot aportar informació addicional com l'existència d'ascites, d'afectació metastàtica hepàtica o trombosi vascular quan l'origen és neoplàstic.

1.5. Ecografia intervencionista

A més a més del diagnòstic, l'ecografia és molt útil com a guia de les tècniques intervencionistes, que majoritàriament ja han estat comentades.

A la biòpsia hepàtica dirigeix el procediment lluny de les estructures portals amb el que millora la seguretat de la tècnica, en disminuir possibles complicacions, com els hematomes intrahepàtics o la fístula biliar. A la punció-aspiració amb agulla fina de lesions focals serveix per garantir l'obtenció de la mostra de l'interior de la lesió. En el drenatge percutani de col·leccions no només facilitia la realització del procediment, sinó que confirma la correcta localització de la punta del catèter. En els hepatocarcinomes menors de 3-5 cm, quan la cirurgia o el trasplantament hepàtics no estan indicats, la injecció intratumoral d'alcohol pot usar-se amb finalitats terapèutiques amb bons resultats.

2. ECOGRAFIA DE L´APARELL GENITOURINARI

Exploracions ecogràfiques que estudien l'aparell urinari segons el catàleg de la Societat Espanyola de Radiologia Mèdica (SERAM)

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Ecografia d'abdomen complet (inclou renal)
Ecografia d'aparell urinari (reno-vesical)
Ecografia reno-vesico-prostàtica
Ecografia d'escrot
Ecografia de penis
Ecografia pèlvica o ginecològica suprapúbica
Ecografia transvaginal
Ecografia transrectal

Taula 1

INTRODUCCIÓ

Diverses de les exploracions que ens ofereixen els Serveis de Radiodiagnòstic estudien l'aparell genito-urinari, però cap d'elles ho fa en la seva totalitat.

L'aparell genitourinari, inclou òrgans dispars l'examen dels quals requereix abordatges diferents i preparacions diferents que s'han de conèixer per orientar correctament la seva indicació.

Els ronyons es valoren tant en l'ecografia abdominal com en l'ecografia renal o en l'ecografia d'aparell urinari (ecografia reno-vesical o eco RV i la renovesicoprostàtica o eco RVP). En l'estudi de l'abdomen superior l'ecografia abdominal ajuda a descartar patologia renal, però no valora la resta del sistema excretor per falta de replecció vesical. L'ecografia exclusivament renal no requereix preparació prèvia, pel que és més còmoda per al pacient, però és poc recomanable estudiar el ronyó aïllat de la resta del sistema excretor. Es pot utilitzar en la insuficiència renal per descartar una causa obstructiva, en l'estudi inicial de la hipertensió arterial, si se sospita una etiologia vasculorenal o en el control d'alteracions morfològiques renals ja conegudes, com per exemple en el control de litiasi o d'un angiomiolipoma.

Però en termes generals, per a l'estudi inicial de l'aparell urinari aquest s'ha de valorar com una unitat i l'exploració d'elecció és l'ecografia d'aparell urinari (Eco RV o Eco RVP). L'eco RVP es realitza via abdominal i inclou la valoració dels ronyons, de la porció proximal de tots dos urèters, la bufeta i la pròstata. Està indicada en l'estudi de l'hematúria, el còlic renoureteral, les infeccions urinàries de repetició, les masses renals i la patologia prostàtica i vesical.

Necessita una preparació prèvia per repleccionar la bufeta. Aquesta preparació és molt variable en funció del pacient i de la temperatura ambient, però en general es pot recomanar orinar 2 hores abans de la cita, beure llavors 1 litre d'aigua i no tornar a orinar fins a finalitzar la prova.

L'ecografia pèlvica té aquesta mateixa preparació ja que s'empra la bufeta com a finestra acústica per valorar les estructures pelvianes, encara que la patologia ginecològica es valora millor per via transvaginal (ECO TV), que no requereix preparació prèvia. L'ecografia transrectal (ECOTR) situa el transductor a molt poca

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

distància de la pròstata i permet mostrar amb més detall i orientar la presa de biòpsies. L'eco TR, igual que els estudis amb sonda de parts toves de l'escrot i del penis tampoc requereixen preparació prèvia.

1. ECOGRAFIA RENAL

En l'estudi del ronyó l'ecografia és útil per detectar alteracions de la seva situació com la ptosis, ectòpies o les malrotacions, encara que un ronyó pèlvic o situat entre nanses pot no identificar-se. La mida normal del ronyó oscil·la en l'adult entre els 9 i els 12 cm, sent normals diferències entre tots dos de 1-1,5 cm. L'ecografia permet també valorar el parènquima renal i és molt sensible en el diagnòstic de les masses renals, les litiasis i la uropatia obstructiva.

Els canvis del parènquima renal amb l'ecografia són molt poc específics i no aporten dades sobre la funció renal com la urografia intravenosa, però contribueixen a orientar el context general del pacient, un ronyó atròfic unilateral associat a hipertròfia del contralateral suggereix patologia congènita o reflux vesicoureteral, mentre que que si l'atròfia és bilateral apunta a una nefropatia evolucionada. Un aprimament focal del parènquima sol correspondre a una cicatriu pielonefrítica, però si és difús pot correspondre a una nefropatia vascular. Un parènquima de gruix normal amb ecogenicitat cortical augmentada ha de fer sospitar una nefropatia i si el gruix està augmentat i la ecogenicitat disminuïda pot correspondre a una pielonefritis.

1.1 Masses renals

Davant la sospita de massa renal s'ha de demanar una ecografia. Encara que és poc sensible per lesions menors de 2 cm permet diferenciar de manera fiable les masses sòlides de les quístiques amb una precisió del 95-98% per detectar el quist renal simple i el 90% per a les tumoracions renals sòlides. El quist simple és la troballa ecogràfica habitual i en les sèries de necròpsies s'observa fins al 50% en majors de 50 anys. Es visualitza ecogràficament com una imatge esfèrica ben delimitada, anecoica, de paret llisa i amb reforç acústic posterior. És una estructura benigna que no necessita tractament ni seguiment ecogràfic. En els quists atípics o complicats o si es dubta sobre la seva naturalesa sòlida pot ser necessari l'estudi complemetari mitjançant TAC.

Els abscessos es presenten com una massa renal hipoecoica amb reforç acústic posterior, de paret irregular i amb ressons en el seu interior que tradueixen la presència de restes cel·lulars o microbombolles de gas. Generalment s'acompanyen de clínica infecciosa. Tot i que la TAC és l'exploració indicada en aquest cas, l'ecografia permet la realització d'una punció - aspiració del mateix per a diagnòstic o drenatge.

Els tumors renals no tenen una manifestació ecogràfica específica. Es presenten com LOES d'aspecte sòlid i de ecogenicitat variable. El tumor sòlid renal que més habitualment diagnostiquem en ecografia és el angiomiolipoma, present en el 0,3% de la població general. És un tumor mesenquimatos mixt amb greix al seu interior, més

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

freqüent en dones i en pacients amb esclerosi tuberosa. Ecogràficament es presenta com un nòdul renal hiperecogènic i ben definit. Tot i que el seu aspecte no és patognomònic, després del seu diagnòstic sol ser suficient amb un control ecogràfic, ja que la seva malignització és excepcional. Si hi ha sospita clínica o mostra característiques atípiques s'han d'estudiar amb TAC o RMN, que permet demostrar la presència de greix al seu interior. Els tumors renals malignes poden ser hipo o hiperecogènics i en ocasions presenten zones anecoiques al seu interior per necrosi o hemorràgia. L'ecografia permet conèixer el compromís de la vena renal o la cava i els ganglis para-aòrtics.

1.2. Estudi de l'hematúria

L'eco RVP és la tècnica d'imatge que es realitza en primer lloc en l'estudi de l'hematúria. Ajuda a orientar el diagnòstic etiològic si es demostra una litiasi, una massa renal o un pòlip en la bufeta encara que pot ser necessari completar l'estudi amb urografia ev (UIV).

1.3. Estudi de les infeccions urinàries

A les pielonefritis agudes no està indicada l'ecografia urgent, llevat que hi hagi sospita d'alguna complicació associada, ja que és poc sensible i no aporta informació que modifiqui l'actitud terapèutica. A les pielonefritis cròniques es poden visualitzar ronyons petits o amb aprimaments corticals focals secundaris a cicatrius parenquimàtiques.

En les infeccions urinàries de repetició de l'adult està indicada la realització d'una ecografia per descartar factors predisposants. En nens s'ha de descartar l'existència de reflux amb cistografia retrògrada, que pot ser substituïda per l'eco-cistografía. En aquesta es valora el reflux amb ecografia Doppler i potenciadors de senyal (contrastos ecogràfics) intravesicals, sense utilitzar radiacions ionitzants.

1.4. Estudi de la nefrolitiasis

El 90% dels càlculs són radiopacs (oxalat, fosfat - càlcic i estruvita) i la radiografia simple els detecta sempre que siguin majors de 2 mm. Els càlculs d'àcid úric i de cistina són estructures cristal·lines sense calci que no s'aprecien en la radiografia simple. En l´ecografia es detecten com a interfases molt ecogèniques que no deixen passar el so, pel que produeixen una ombra acústica per darrere. Aquesta presentació obeeix a l'estructura cristal·lina de la litiasi, amb independència de la seva composició i del contingut en calci, pel que és igualment útil en el diagnòstic de les radiotransparents.

L'ecografia ha anat adquirint cada vegada més importància en l'estudi de la litiasi renal ja que permet valorar la morfologia del ronyó i de la via excretora sense irradiar al pacient. És molt útil en els casos en què la UIV no és capaç de demostrar la litiasi, generalment per insuficient eliminació del contrast, i contribueix al diagnòstic diferencial amb la pielonefritis, la trombosi de la vena renal i els infarts.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Els càlculs localitzats en l'urèter medi poden no visualitzar-se amb ultrasons, encara que en aquests casos es poden detectar signes indirectes com la dilatació de via.

La sensibiltat i especificitat de l'ecografia per detectar litiasi és del 81% i el 86% respectivament amb independència de la localització, encara que no de la mida. Els càlculs de mida inferior a 5 mm són difícils d'identificar. La sensibilitat és menor en l'urèter mig, a causa de la profunditat del trajecte ureteral i la interposició de nanses. No obstant això la sensibilitat per detectar hidronefrosi és més alta (90%).

L'absència d'hidronefrosi no descarta una obstrucció urinària aguda, ja que hi ha falsos negatius en casos d'obstrucció urinària aguda, ja que hi ha falsos negatius en casos d'obstrucció de poc temps d'evolució o de descompressió brusca després trencament del fòrnix. La combinació d'aquests dos signes ecogràfics (detecció del càlcul i hidronefrosi) redueix el nombre de falsos negatius. La UIV està indicada sempre que no s'hagin pogut visualitzar els càlculs per altres mètodes d'imatge.

1.5. Estudi de la bufeta

La bufeta es reconeix a l'ecografia quan està ben repleccionada, com una estructura ovoide anecoica, de paret fina i sense contingut. L'ecografia permet valorar patologia en el seu interior, com litiasi, o en la seva paret, com la hipertròfia del detrusor, els pòlips o els diverticles. També aporta informació funcional com el flux uretero-vesical, que descarta l'obstrucció completa de l'urèter quan està dilatat, o el residu post-miccional.

La Eco RVP és l'estudi inicial davant la sospita de tumoració vesical. La sensibilitat de l'ecografia per detectar tumors majors de 0,5 cm localitzats a la paret posterior o lateral de la bufeta és del 95%. No obstant això, els tumors de menor grandària o localitzats en la paret anterior poden passar inadvertits.

El papil·loma es visualitza com un engruiximent focal de la paret, únic o múltiple, d'entre 0,5 i 2 cm. Els tumors vesicals malignes poden produir irregularitats en la paret, però si es vol valorar l'afectació muscular es necessiten altres tècniques d'imatge (eco TR, eco TV o RMN). La confirmació diagnòstica d'una tumoració vesical s'ha de fer per cistoscòpia i biòpsia.

1.6. Estudi de la prostata

L'estudi de la pròstata es pot realitzar via abdominal o transrectal.

A la hipertròfia benigna de pròstata l'estudi inicial és la ECO RVP que valora el ronyó, l'existència d'obstrucció de la via urinària, la morfologia de la pròstata i el seu volum. La valoració del residu postmiccional no es sol realitzar rutinàriament, pel que en els casos en què sigui necessari cal sol·licitar-la de forma explícita. Les mesures normals de la pròstata són 4 x 2,5 x 3 cm.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

El seu volum, normal fins a 20 gr. Es calcula amb la fórmula: V = 0,52 x tall transversal x diàmetre longitudinal x diàmetre anteroposterior i sol determinar-se de forma automàtica per la majoria dels ecògrafs actuals.

Grau d'hipertròfia prostàtica en relació amb el volum

HP	Vol en cc.
HP 0	0-20cc.
HP I	20-35cc.
HPII	35-50cc.
HP III	50-80cc.
HP IV	> 80cc.

Taula 2

L'eco TR defineix millor la glàndula i l'existència de nòduls. Si se sospita de malignitat permet valorar amb més fiabilitat l'estat de la càpsula i la invasió o no de les vesícules seminals. La neoplàsia de pròstata es visualitza com una imatge hipoecoica freqüentment perifèrica, el diagnòstic ecogràfic no és específic, pel que el diagnòstic de certesa ens el donarà la biòpsia.

A les prostatitis l'eco TR mostra una glàndula augmentada de grandària, irregular, amb canvis en la ecogenicitat i en ocasions litiasi o abscessos.

1.7. Ecografia dels genitals maculins

L'ecografia dels genitals masculins és una tècnica d'imatge incruenta i bàsica en el diagnòstic diferencial de la patologia escrotal. No existeixen contraindicacions i no necessita preparació prèvia.

Ecografia escrotal

Els testicles són estructures ovalades sòlides d'ecogenicitat homogènia i amb una grandària mitjana de 2-3 x 3-5 cm. L' epidídim és una estructura tubular que se situa posterior i lateral al testicle, amb un cap més gran i de situació superior i la cua de situació inferior. En condicions normals s'observa 1 o 2 ml de líquid a la albugínia. També és normal visualitzar prop de la cua de l'epidídim estructures tubulars anecoiques menors de 3 mm, que corresponen al plexe venós pampiniforme.

Les indicacions de l'ecografia testicular són l'estudi de les masses palpables de l'escrot, la localització d'un teste no descendit i la sospita de varicocele.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Les seves indicacions urgents són l'estudi dels taumatismes testiculars i per descartar la torsió testicular, on s'ha de realitzar una eco Doppler.

Davant l'augment de volum escrotal l'ecografia serveix per confirmar el diagnòstic d'hidrocele, llevat antecedent recent de traumatisme o vasectomia on caldria sospitar un hematoma.

A les masses palpables de l'escrot l'ecografia és clau per diferenciar les d'origen testicular de les paratesticulars. Davant d'una lesió focal sòlida intratesticular hem de descartar una neoplàsia, especialment en pacients joves, mentre que en les masses extratesticulars predomina l'etiologia benigna i solen correspondre a quists de l'epidídim, espermatoceles o quists del cordó.

El diagnòstic de l'orquiepididimitis aguda es realitza amb la clínica i la exploració física. L'ecografia pot ser normal en els casos lleus o mostrar un epidídim engruixit i hipoecoic, la qual cosa no aporta dades addicionals a l'exploració física, pel que ha de reservar-se per la sospita de complicacions (abscessos). En l'estudi de dolor testicular inespecífic l'ecografia generalment aporta poca informació, tot i que en ocasions pot diagnosticar un varicocele subclínic.

Ecografia uretral

Indicada en l'avaluació de les estenosis uretrals tant congènites com adquirides.

Ecografia peniana

L'ecografia peniana és útil en la malaltia de Peyronie. L'ecografia Doppler - color es pot utilitzar per al diagnòstic del priapisme d'alt flux per demostrar la fístula arterial als cossos cavernosos, que sol ser secundària a un traumatisme, o en l'estudi de la disfunció erèctil on analitza paràmetres de flux en les artèries cavernoses del penis i permet diferenciar les causes arteriogèniques de les venogèniques, així com monitoritzar assajos clínics amb nous fàrmacs.

Principals indicacions de l'ecografia múscul-esquelètica en l'estudi del membre superior

Espatlla: Tendinitis i ruptura del manegot dels rotadors, bursitis subacromiodeltoidea i subluxació del bíceps.

Colze: Epicondilitis, tendinitis, ruptura distal del tendó del tríceps i cossos lliures intraarticulars.

Canell i mà: Tenosinovitis, artritis, síndrome del túnel carpià, ganglions, dit en gallet, ruptura de tendons i lligaments, vessament sinovial, erosions òssies primerenques i Malaltia de Dupuytren.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Principals indicacions de l'ecografia múscul-esquelètica en l'estudi del membre inferior

Maluc: Vessament articular, sinovitis transitòria, bursitis trocantérea i luxació congènita del maluc.

Genoll: Sinovitis, vessament articular, quist de Baker, tendinitis, bursitis, trencament del quàdriceps i lesions lligamentoses.

Turmell: Trencament del tendó d'Aquil·les o del tibial posterior, Tenosinovitis, vessament, bursitis retro ilesions lligamentoses.

Peu: Fascitis plantar i neuromes de Morton

3. ECOGRAFIA DE PARTS TOVES

3.1. Ecografia musculotendinosa

L'ecografia múscul-esquelètica és una tècnica barata i innòcua que permet confirmar hipòtesis diagnòstiques i valorar el pronòstic i l'evolució de la patologia musculotendinosa. Està indicada en l'estudi dels tendons, músculs, bosses sinovials, espai articular i estructures adjacents. No és útil per valorar estructures òssies, com la radiologia o la RMN, però permet realitzar estudis dinàmics i intervencionistes. Donada la proximitat del pacient amb el metge es pot dirigir molt estretament l'exploració cap al punt problemàtic, sent un excel·lent mètode complementari a l'exploració física. Les seves principals indicacions es resumeixen en les següents taules.

3.2. Ecografia tiroidal

L'ecografia ha suposat un gran avenç en l'estudi de la morfologia tiroïdal, tot i no aportar informació funcional. La gammagrafia, que si l'aporta, té poca sensibilitat per les lesions menors de 10 mm. No obstant això l'ecografia permet detectar nòduls de 2-3 mm, si l'estructura de la glàndula és homogènia. La generació de l'ús de l'ecografia juntament amb la PAAF ha disminuït l'ús de la gammagrafia a les malalties nodulars de la tiroide.

L'ecografia tiroïdal està indicada en l'estudi del goll, on ens permet determinar la mida i característiques de la glàndula, i en l'estudi de les lesions nodulars. En els nòduls serveix per avaluar les seves característiques morfològiques, com són el nombre, la localització, naturalesa sòlida o quística, els seus marges o la presència de calcificacions. A més és fonamental per seguir la seva evolució i facilitar la realització de la PAAF en els nòduls no palpables. Altres indicacions relacionades amb el carcinoma de tiroide són el seguiment de pacients amb risc elevat, l'estadiatge preoperatori i la detecció de recidiva en el llit quirúrgic o en els ganglis regionals.

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

L'ecografia tiroïdal no permet el diagnòstic d'hiper o hipotiroïdisme, però és útil per definir l'aspecte morfològic de les malalties que causen aquestes alteracions funcionals com l'augment de mida de la glàndula de Graves i la seva disminució després del tractament. Amb el Doppler-color es pot identificar un augment de vascularització en aquests casos.A la tiroïditis de Hashimoto la glàndula es mostra heterogènia, amb múltiples àrees hipoecogénicas mal definides barrejades amb àrees gruixudes de teixit fibrós. L'estudi amb Doppler també mostra hipervascularització.

3.3. Ecografia de les glàndules paratiroïdals

L'ecografia és útil per a la identificació de les glàndules paratiroïdals patològiques. L'adenoma o les glàndules hiperplàsiques es detecten com nòduls hipo o anecoics que contrasten amb el caràcter ecogènic de la glàndula normal. La sensibilitat de l'ecografia per detectar glàndules pratiroideas anormals és un 75%. La punció amb control ecogràfic serveix per confirmar el diagnòstic.

Bibliografia

Buitrago Ramirez F, Cobos Sanchez N. Estudio y seguimiento de los cólicos nefríticos. FMC 2000; 7(7):446-455

Calero Muñoz S, Calero García S. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar FMC 1999; 2(4):193-201

Bobé Armant F, Buil Arasanz ME, Bladé Creixenti J. Dolor escrotal agudo FMC 2000 7(7):446-455

Lorenzo Zapata MD, Menarguez Puche JF, Sanchez Lopez MI. Elevación crónica de las transaminasa. Apropósito de un caso. FMC 2000 7(10): 692-697

Montserrat E, Valls R, Bechini J. Ultrasonografía renal. Medicine 1991;90(5): 895-903

Barajas Gutierrez Ma, Robleso Martín E, Tomás Garcia N, Barrado Bravo MJ, Voces Garcia D, Guerra Moyano M. Protocolo de hepatopatías crónicas. FMC 1999; 5-35

Martinez A, Alvarado P, Donosos L. Ultrasonografía de la vejiga próstata y vesículas seminales. Medicine 1991; 90(5): 904-915

Segura Cabral JM, Martín Arranz MD, Froilán Torres, C, Segura Grau A. Ecografía abdominal. En: Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Atención Primaria. Madrid : Jarypo Editores 2002; 107-121

Lopez Garcia- Franco A, Diez Alvarez S, Del Cura Gonzalez L. los nódulos tiroideos. FMC 2004;9-3

Ochoa Prieto J, Godin López S, Olloqui Mundet J. Fernandez Suarez F. Protocolo de patología tiroidea del adulto FMC 2004; 9-33

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Citació
Autors: Reichenberg, Guillem Jordi
Títol article: Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 17
Data: 12 de setembre de 2013

http://www.udaceba.cat/pl191/publicacions/butlletins/temes-clinics/id23/per-que-ens-es-util-l-ecografia-en-la-consulta-del-metge-de-familia-1a-part-.htm

Temes Clínics

- Jornades del Resident 2012: Fenòmens cadavèrics i altres principis en medicina forense-legal (Hostalets de Balenyà)
- Dermatoscòpia a l'Atenció Primària
- Promovent la cultura en la Seguretat del Pacient en l'Atenció Primària
- L'ús de productes i apòsits en el procés de cicatrització de les ferides cròniques
- Per què ens és útil l'ecografia en la consulta del metge de família? (1a PART)

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Hipotiroïdisme... Orgànic o psíquic?

Migdalia Féliz. Resident de Medicina de Família. EAP El Remei (Vic)

INTRODUCCIÓ

Les manifestacions clíniques com les molèsties faríngies o alteracions a nivell del gust, són símptomes inespecífics amb poca repercussió sobre l'estat general, però davant la seva persistència és necessari un major estudi.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

MALALTIA ACTUAL

Home de 64 anys d'edat de raça blanca. Sense al·lèrgies ni hàbits tòxics coneguts.

Antecedents personals: Hipertensió Arterial, Diabetis mellitus tipus 2 en tractament amb antidiabètics orals amb control òptim de glicèmies, Síndrome d'apnea obstructiva del son en tractament amb CPAP, Trastorn depressiu crònic tractat amb paroxetina. Antecedents familiars: Diabetis mellitus tipus 2.

Consulta per presentar des de fa 1 mes d'evolució, molèsties faríngies i sensació de gust "salat" a la deglució, sense disfàgia. Referia en algunes ocasions des de feia més temps algun esput hemoptoic. En seguiment per pneumologia es va realitzar radiografia de tòrax, TAC toràcic i Fibrobroncoscòpia que van ser normals i s'orienta com a possible reflux gastroesofàgic iniciant tractament amb omeprazol sense millora, persistint la sensació desagradable de gust salat. A l'exploració física el pacient presenta un estat general satisfactori, eutímic. La resta de l'exploració física és anodina. Posteriorment es realitza valoració pel servei d'Otorinolaringologia que no objectiva alteració en l'exploració.

RESULTATS

Atès la persistència al CAP es decideix fer analítica sanguínia mostrant: Hemograma i Vitamina B12 dins dels paràmetres normals, Glucèmia 140 mg / dl, HbAc1 6.2%, TSH 52.4 µU / ml, T4L 0.3 ng / dL, Factor Reumatoide i ANAs negatius.

DIAGNÒSTIC

Atès la troballa en l'analítica, s'orienta com Hipotiroïdisme.

TRACTAMENT

Tiroxina 50 mg / dia.

EVOLUCIÓ

Després d'iniciar tractament hormonal substitutiu amb Tiroxina 50 mg / dia el pacient presenta millora important de la clínica, realitzant analítica control al mes d'iniciar el tractament que mostra disminució dels nivells de TSH en sang. La correcció de l'hipotiroïdisme va suposar la desaparició del símptoma en aproximadament dos mesos.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

Faringitis crònica; Trastorns musculars, Trastorn psicosomàtic; Malaltia per Reflux gastroesofàgic; Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica; Dèficits vitamínics, Malaltia tiroïdal; Malaltia autoimmune.

DISCUSSIÓ

L'hipotiroïdisme és una malaltia amb diversa expressivitat clínica. Els símptomes més freqüents de la malaltia, com astènia i debilitat no estaven presents en el pacient. Les alteracions del gust per afectació de les papil·les gustatives a nivell lingual és una rara manifestació d'aquesta malaltia, en el diagnòstic diferencial cal plantejar-lo sempre ja que les seves manifestacions són múltiples.

Maneig de l'hipotiroïdisme en Atenció Primària

L'hipotiroïdisme és la síndrome que resulta de la disminució de la producció i secreció d'hormones tiroides (tiroxina-T4-i triodotironina-T3-).

L'hipotiroïdisme és una entitat realment freqüent en les consultes d'atenció primària, afectant a la població general entre el 0,9-3%, sent més freqüents en dones que en homes amb una proporció aproximada de 5:1. Es pot presentar a qualsevol etapa de la vida, tenint major freqüència en la tercera edat.

Aquesta síndrome es pot produir per alteracions a qualsevol nivell de l'eix hipotàlem-hipofisari-tiroïdal. En funció del nivell en què es localitzi l'alteració l'hipotiroïdisme es pot classificar en:

Hipotiroïdisme primari: és la forma més freqüent d'hipotiroïdisme. Es deu a una afectació primària de la glàndula tiroide. Es produeix una disminució en la producció i secreció de T4 i T3 amb un augment compensatori en la secreció de tirotropina (TSH). Cursa invariablement amb augment de la secreció de TSH.

Hipotiroïdisme central: Pot ser degut a una alteració hipofisària que provoca disminució de la secreció de TSH (hipotiroïdisme secundari) o una alteració hipotalàmica que provoca una disminució de la secreció de TRH (hipotiroïdisme terciari). La majoria dels pacients tenen una TSH normal o baixa (però inadequada per al nivell baix de T4 i T3). Un petit percentatge de pacients pot tenir discreta elevació de TSH però aquesta té menor activitat biològica per alteracions en la glicosilació.

Causes

1. L'hipotiroïdisme primari pot ser degut a:

Tiroïditis crònica autoimmune de Hashimoto: és la causa més freqüent d'hipotiroïdisme en àrees no deficitàries en iode i en nens. És més freqüent en dones d'edat mitjana (40-60 anys). Té una etiologia autoimmune. Es produeix una destrucció del teixit tiroïdal intervinguda per cèl·lules i anticossos. Pot cursar amb o sense goll. El 90% presenten anticossos antitiroglobulina i antiperoxidasa positius. Pot associar a altres patologies autoimmunes.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

· Hipotiroïdisme iodoinduit; tant el defecte com l'excés de iode poden produir hipotiroïdisme.

· Fàrmacs: ingestió d'aliments afavoridors del goll o fàrmacs que provoquen hipotiroïdisme (com amiodarona, liti, contrastos iodats, carbamazepina, fenobarbital, sals de ferro, entre d'altres).

· Malalties infiltratives: ocasionalment algunes malalties infiltratives o per depòsit poden provocar hipotiroïdisme primari (hemocromatosi, amiloïdosi).

2. Hipotiroïdisme en nens: La causa més comuna d'hipotiroïdisme congènit són la agenèsia o disgenèsia de tiroide. Altres causes menys freqüents són: defectes hereditaris de la síntesi d'hormones tiroïdals o fills de mares que prenen tractament amb antitiroïdals per a un hipertiroïdisme durant l'embaràs. La causa més comuna d'hipotiroïdisme adquirit en la infància és la tiroïditis crònica autoimmune.

3. L'hipotiroïdisme secundari és causa d'un dèficit de TSH. Les seves causes més freqüents són: adenoma hipofisari (la causa més freqüent), necrosi hipofisària postpart (Síndrome de Sheehan), traumatismes i hipofisitis. El dèficit de TSH pot ser aïllat encara que en general s'associa a altres dèficits hipofítics.

4. L'hipotiroïdisme terciari es deu a un dèficit de producció de TRH. Pot ser conseqüència d'una alteració hipotalàmica o en estructures veïnes o bé a una alteració en el sistema porta hipotàlem-hipofisari.

5. Hipotiroïdisme transitori: es produeix en el curs dels diversos tipus de tiroïditis.
6. Hipotiroïdisme per consum: és una forma rara de hipotiroïdisme que es produeix per una degradació excessiva d'hormones tiroïdals causa de la producció ectòpica de la T3 desyodinasa.

Simptomatologia

La severitat del quadre està influïda pel grau d'alteració hormonal, la velocitat amb que s'hagi desenvolupat, l'edat del pacient i la coexistència o no d'altres trastorns. En general els pacients que desenvolupen l'hipotiroïdisme ràpidament tendeixen a estar més simptomàtics, i els pacients d'edat avançada tendeixen a presentar menys símptomes i a presentar símptomes més inespecífics.

Dins dels símptomes precoços: letàrgia, intolerància al fred i restrenyiment. És freqüent presentar parestèsies a les mans (síndrome del túnel carpià, debilitat, pell i cabells secs, augment de pes, ronquera, pèrdua de memòria, anorèxia, disminució de la suor, menorràgia, hipoacúsia i cefalea).

En l'hipotiroïdisme establert sol haver bradipsíquia, bradiquinesia, bradilalia i dificultat per a la concentració.

L'hipotiroïdisme congènit (cretinisme) es caracteritza per retard mental i de creixement. En l'hipotiroïdisme adquirit en els nens la manifestació més comuna és l'alçada baixa.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Exploració física

El signe de princeps és l'alentiment del reflex Aquil·li.

En la majoria dels casos d'hipotiroïdisme en l'adult no hi ha goll (atròfia tiroide). Altres signes freqüents són: macroglòssia, fredor de la pell, alentiment dels moviments, mixedema que no deixa fòvea en cara clatell i mans, edema periorbitari, pal·lidesa i alopècia.

Taula 1. Símptomes i signes de l'hipotiroïdisme

Símptomes	Signes
Astènia	Bradicàrdia
Letàrgia	Pell seca
Tendència a adormir-se	Veu ronca
Intolerància al fred	Bradipsíquia
Alentiment de funcions intel·lectuals	Moviments lents
Augment de pes	Hiporreflèxia
Pèrdua de la gana	Edema sense fóvea
Restrenyiment	Trastorns menstruals
Parestèsies	Artràlgies

Exploracions complementàries

La determinació hormonal més útil, de forma aïllada, és la concentració sèrica de TSH. Es troba elevada de manera invariable en totes les formes d'hipotiroïdisme primari, i sol ser normal o indetectable en l'hipotiroïdisme hipofisario i hipotalàmic. El descens a la T4 lliure és freqüent en totes les causes d'hipotiroïdisme. La concentració de T3 lliure és menys específica que la determinació de T4 lliure per confirmar el diagnòstic, ja que pot estar disminuïda en pacients eutiroideos amb malalties sistèmiques greus o debilitants.

Altres troballes comuns en l'hipotiroïdisme són: anèmia, hipercolesterolèmia, hiponatrèmia, hipoglucèmia, hipocalcèmia, augment de LDH, CPK, AST, creatinina i alteracions en l'electrocardiograma. En els hipotiroïdismes centrals s'associen també altres dèficits hormonals (GH, FSH, LH i ACTH). La tècnica més útil per distingir el hipotiroïdisme secundari del terciari són les tècniques d'imatge (RMN cerebral).

En resum

La determinació de TSH és la prova més sensible i específica per detectar hipotiroïdisme en pacients en consulta. Si la TSH està elevada es recomana la repetició de l'analítica amb determinació de T4L per confirmar el diagnòstic.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Tractament

L'objectiu del tractament és restaurar l'estat eutiroïdal.

El tractament substitutiu d'elecció és la levotiroxina, s'administra per via oral, en dejú de 20 a 30 minuts abans de l'esmorzar i la seva vida mitjana plasmàtica és de 6-7 dies, pel que la seva administració en monodosi aconsegueix mantenir nivells en sang constants de T4 lliure i T3 lliure.

En els nens i els adults el tractament substitutiu adequat reverteix totalment les manifestacions clíniques. En canvi si el nounat amb hipotiroïdisme no rep tractament adequat en les primeres setmanes de vida, desenvoluparà alteracions irreversibles del desenvolupament físic i mental.

En la majoria dels pacients, l'hipotiroïdisme és una situació permanent que necessita tractament de per vida.

Encara que el tractament s'ha d'individualitzar, les dosis recomanades són les següents:
En hipotiroïdisme congènit: 10-15 mg / kg / dia.

En nens: 2-4 mg / kg / dia.

En adults: 1,6 mg / kg / dia (100-150 mg / dia, 50-75 mg / dia en l'ancià).

S'inicia amb 25-50 mg / dia en presa única matutina incrementant la dosi cada 2-4 setmanes fins a la normalització de la TSH (habitualment 75-150 mg / dia).

En els pacients ancians o amb patologia cardiovascular i hipotiroïdisme de llarga evolució s'ha d'iniciar el tractament amb dosis petites (12,5-25 mg / dia) i augmentar la dosi de manera lenta cada 4-8 setmanes fins a aconseguir la dosi adequada, pel risc de desencadenar arítmies o patologia cardíaca isquèmica. La dosi de manteniment habitual és de 50-75 mg / dia.

La dosi ha de ser aquella que mantingui la TSH en límits normals intentant evitar la sobredosificació, ja que la supressió mantinguda de la TSH podria tenir repercussions negatives en alguns òrgans com l'os i el cor. En determinades situacions clíniques (tractament de pacients amb càncer de tiroide) pot ser convenient mantenir la TSH suprimida per intentar frenar el creixement tumoral.

El control del tractament en l'hipotiroïdisme primari es fa mesurant la TSH i mantenint-la en els rangs normals. En l'hipotiroïdisme secundari i terciari la TSH no serveix per al control; s'han d'usar els nivells de T4 lliure, que s'han de mantenir entre la meitat i el límit superior de la normalitat. Calen al voltant de 6 setmanes perquè una dosi determinada faci el seu efecte ple, per la qual cosa aquest és el temps mínim que ha de passar abans d'avaluar l'efecte de qualsevol modificació de dosi. Un cop s'arriba a la dosi adequada el control es pot espaiar, mesurant la TSH anualment.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Bibliografia

- Rodrigo Calabia R, Trastorns de la tiroide. Guia d'actuació en Atenció Primària, quarta edició 2011: 14.4; 1263-1268.

- Olloqui Mundet J, Ochoa Prieto J, De Castro Pelegrín J. Tractament de les alteracions de la funció tiroïdal en atenció primària (I): hipotiroïdisme. FMC 1996; 3: 325-30.

- Olloqui Mundet J, Ochoa Prieto J. Medicina de família en el seguiment de l'hipotiroïdisme. Atenció Primària 2002. Gener. 29 (1): 36-38.

- Álvarez Castro P, Isidre Sant Joan M, Codido Carballido F. Hipotiroïdisme, guia clínica. Fisterra [Internet]. Http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipotiroidismo/

Citació

Autora: Féliz, Migdalia.

Títol article: Hipotiroïdisme. Orgànic... O psíquic?

Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 3. Article 13

Data: 20 de juny de 2013

http://www.udaceba.cat/pl207/publicacions/butlletins/casos-clinics-apsalut/id14/hipotiroidisme-organic-o-psiquic.htm

Cefalàlgia, una mirada des de l'AP

Khammi Ibrahim. Medicina Familiar i Comunitària. EAP Gaudí
Anna Maria Pedro Pijoan. Medicina Familiar i Comunitària. EAP Gaudí
Susana Elizabeth Riesgo. Medicina Familiar i Comunitària. CAP Santa Eulàlia Sud

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

INTRODUCCIÓ

La cefalàlgia és una patologia prevalent en la població general, i és el motiu de consulta freqüent a tots els àmbits sanitaris encara que la majoria són cefalàlgies primàries.

Les cefalàlgies primàries són aquells mals de cap on la cefalàlgia és la pròpia malaltia que compleix criteris clínics característics sobre els quals es basen el seu diagnòstic; que seria reforçada per la normalització de l'exploració física i això representa fins el 90% dels casos. Dins de les cefalàlgies primàries, les més freqüent són les migranyes i les cefalàlgies de tensió. En menys del 10% dels casos, la cefalàlgia seria símptoma d'una altra patologia (cefalàlgia secundària), i en aquests casos seria necessari realitzar exploracions complementàries per arribar al diagnòstic.

Calcificació

La IHS (International Headache Society) classifica les cefalàlgies de la següent manera (1988 y revisión 2004).

Classificació Cefalees - IHS (2004)

- **Cefalees primàries**
- 1. **Migranya**
- 1.1. Migranya sense aura
- 1.2. Migranya amb aura
- 1.2.1. Amb aura típica i migranya
- 1.2.2. Amb aura típica i cefalea no migranya
- 1.2.3. Amb aura típica sense cefalea
- 1.2.4. Migranya hemiplègica familiar
- 1.2.5. Migranya hemiplègica esporàdica
- 1.2.6. Migranya tipus basilar
- 1.3. Síndromes periòdics de la infància que poden ser precursores de migranya
- 1.3.1. Vòmits cíclics
- 1.3.2. Migranya abdominal
- 1.3.3. Vertigen paroxístic benigne de la infància
- 1.4. Migranya retiniana
- 1.5. Complicacions de la migranya
- 1.5.1 Migranya crònica
- 1.5.2. Status migranyós
- 1.5.3. Aura persistent sense infart
- 1.5.4. Infart migranyós
- 1.5.5. Convulsions desencadenades per migranya
- 1.6. Probable migranya

Classificació Cefalees - IHS (2004)

- **2. Cefalees de tipus tensional**
- 2.1. Cefalea de tipus tensional infreqüent
- 2.2. Cefalea de tipus tensional freqüent
- 2.3. Cefalea de tipus tensional crònica
- 2.4. Cefalea de tipus tensional probable
- **3. Cefalea agrupada "clúster" i altres cefalees trigeminals autonòmica**
- 3.1. Cefalea agrupada "clúster"
- 3.2. Hemicrània paroxística
- 3.3. Cefalea neuralgiforme unilateral breu amb injecció conjuntival i llagrimeig (SUNCT)
- **4. Altres cefalees primàries**
- 4.1. Cefalea en puntades
- 4.2. Cefalea primària per tos
- 4.3. Cefalea primària per exercici
- 4.4. Cefalea associada amb l'activitat sexual
- 4.5. Cefalea hípnica
- 4.6. Cefalea primària en tro
- 4.7. Hemicrània continua
- 4.8. Nova cefalea diària persistent

Classificació Cefalees - IHS (2004)

- **Cefalees secundaries**
- Cefalea atribuïda a traumatisme cranial i/o cervical
- Cefalea atribuïda a alteracions vasculars cranials o cervicals
- Cefalea atribuïda a un trastorn intracranial no vascular
- **Cefalea atribuïda a una substància o la seva supressió**
- Cefalea atribuïda a infecció
- Cefalea atribuïda a trastorn de la hemostàsia
- Cefalea o dolor facial provocat per trastorns del crani, coll, ulls, oïdes, nas, sinus, dents, boca o altres estructures cranials o facials
- Cefalea atribuïda a trastorn psiquiàtric

Anamnesi. Preguntes clau

L'eina més important a l'hora de valorar una cefalàlgia és l'anamnesi. S'ha d'investigar sobre les característiques particulars de les cefalàlgies, i seguidament es citen els punts claus per obtenir informació. S'ha de completar l'anamnesi amb antecedents personals, familiars, hàbits tòxics i entorn socio-cultural del pacient.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Preguntes clau

- Quan varen començar els seus dolors de mal de cap?Freqüència i periodicitat
- Característiques i intensitat del dolor
- Forma de instauració i curs
- Duració i localització del dolor
- Símptomes acompanyants (nàusees, vòmits, sono o fotofobia, fenòmens neurològics, etc.)
- Factors precipitants i d'alleugeriment de la cefalalgia
- Tractaments realitzats
- Te més d'un de mal de cap?
- Què pensa del seu mal de cap?

En el següent quadre es resumeixen les característiques de les cefalàlgies més freqüents en l'atenció primària:

Característiques de les principals cefalees primàries

	MIGRANYA	TENSIONAL	CLUSTER	CRÒNICA DIÀRIA
Edat d´inici	10-20 anys	20-50 anys	15-40 anys	20-50 anys
Gènere predominant	Dones	Dones	Homes	Dones
Freqüència dels episodis	Setmanal-Mensual	Variable	2-8 al dia (nocturns)	Sense episodis (persistent)
Durada dels episodis	4-72 hs	30 min-7 dies	30-90 min	Sense episodis (persistent)
Localització	Unilateral camviant	Bilateral - Holocraneal	Unilateral-Periorbital	Holocraneal
Intensitat	Moderada-Intensa	Lleu-Moderada	Molt intensa	Lleu
Qualitat del dolor	Pulsàtil	Opressiva	Terebrant	Segons entitat
Símptomes associats	Nàusees-vòmits-fotofobia-sonofobia	Mareig (rar)	Injecció conjuntival-llagrimeig-rinorrea-miosis-sudoració	Trastorns humor-insomni-ansietat

(*The International Classification of Headache Disorders, International Headache Society*) Second Edition-2004

Exploració física

Normalment una cefalàlgia primària amb l'exploració neurològica normal, reforça la nostra primera orientació diagnòstica.

L'exploració neurològica ha d'incloure els següents apartats:

- Nivell de consciència
- Funcions cognitives
- Parells cranials (el fons d'ull)
- Vies motores i sensitives
- Coordinació, equilibri i marxa
- Palpació d'estructures cranials i cervicals (Sinus, artèries temporals)
- Signes meningis

Indicacions de proves complementàries

En l'Atenció Primària tenim les següents eines que ens poden ajudar en la pràctica clínica.

1- Radiologia simple el EEG no té indicacions en l'estudi rutinari del pacient amb cefalàlgia (estudis classe II, recomanació classe B), però sí en el cas de processos infecciosos locals o patologies òssies.

2- Hemograma i velocitat de sedimentació globular (VSG). L'analítica en general té poca rellevància en l'estudi de la cefalàlgia, amb excepció de la VSG i la PCR. En la malaltia sistèmica, reacció meníngia o arteritis de la temporal (estudis classe II, recomanació classe B). Es recomana la seva determinació en aquells pacients majors de 60 anys amb cefalàlgia d'aparició nova o canvi de característiques de la cefalàlgia prèvia.

També s'han de vigilar les diferents patologies que una analítica pot detectar que pot causar cefalàlgia com és el cas d'anèmia, insuficiència renal, alteracions de funció tiroidea, etc.

Resum d'indicacions de sol·licitud de proves complementàries

PRESENTACIÓ CLÍNICA	PROVES COMPLEMENTÀRIES	GRAU DE RECOMANACIÓ
Cefalea aguda de presentació brusca	TC, tan aviat com sigui possible **Si la TC és negativa i persisteix la sospita clínica d'hemorràgia subaracnoidea:** punció lumbar	A A
Història de migranya amb/sense aura típica i exploració normal	No precisa d'estudis de neuroimatge	B
Història de cefalea tensional amb exploració normal	No precisa d'estudis de neuroimatge	C
Història suggestiva de cefalea en "clúster", hemicrània paroxística o SUNCT	TC preferible RM	C
Historia atípica o presència de criteris d'alarma	TC	C
Cefalea *de novo* en persones ≥ 50 anys	VSG	C
Cefalea i exploració neurològica anormal	TC	B

RM: ressonància magnética
SUNCT: *Short lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing*
TC: tomografia computerizada
VSG: velocitat de sedimentació globular.

3

Criteris, diagnòstic y tractament de les cefalàlgies més freqüents en AP a través de casos clínics

1. Cas clínic

Pacient dona de 23 anys d'edat que consulta per presentar episodis de cefalàlgia des de fa 2 anys. Cefalàlgia opressiva en regió frontal, bilateral de durada de 12-18 hores i augmenta progressivament d'intensitat, s'estén a cervico-occipital.

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

No interfereix la seva activitat. Associada a mareig i nàusees ocasionalment. Presenta 3-4 episodis al mes, com a desencadenant de l'estrès laboral. Ha provat ibuprofè amb bona resposta, entra el seus antecedents patològics.
No hàbits tòxic-medicamentosos.

Sr. ansiós en tractament Diazepam 5mg/d
Lumbàlgia mecànica sense tractament
AF: No refereix
Orientació diagnòstica:
1- Migranya sense aura.
2- Cefalàlgia Tensional.
3- Migranya sense aura i cefalàlgia tensional episòdica.
4- Migranya sense aura i hemicránea paroxística

La resposta correcta es la número 2.

Cefalàlgia tensional
És el tipus de cefalàlgia més freqüent, amb un predomini en el dones.
La IHS distingeix dos formes: episòdica i crònica.

Els criteris diagnòstics són els següents:
Al menys 10 episodis de cefalàlgies que duren entre 30 minuts i 7 dies i que tinguin almenys dos de les següents característiques:
- Qualitat opressiva, no pulsàtil
- Intensitat lleu o moderada
- Localització bilateral
- No agreujat per esforços físics
- No nàusees ni vòmits
- No fotofòbia ni sonofòbia (si n'hi ha una hi ha l´altra)

Tractament cefalea de tensió

• Tractament abortiu	• Tractament profilàctic
AINES – Ibuprofèn(A) – Naproxèn (A) – AAS (A) Analgèsics no AINES – Paracetamol (A) – Dipirona (A)	Antidepresivos tricíclicos - Amitriptilina (A) - Nortriptilina Mirtazapina (B) Ansiolítics complementaris (C) Tractaments alternatius • Biofeedback • Acupuntura

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

2. Cas clínic

Pacient, dona de 30 anys d'edat que consulta per presentar episodis de cefalàlgia des de fa 6 anys. Cefalàlgia inicialment opressiva, en templa (generalment esquerra), que durada entre 1-2 hores i augmenta progressivament d'intensitat fins a convertir-se en un dolor pulsàtil. S'estén a tot l'hemicrani i regió cèrvico-occipital. Empitjora en caminar i moure el cap. Associada a fotofòbia, sonofobia, i nàusees ocasionalment. Interfereix la seva activitat, i pot durar entre 12 i 24 hores. Posteriorment queda amb el "cap carregada" 1 o 2 dies. Presenta 1-3 episodis al mes, sense desencadenant aparent i ha provat diferent analgèsics amb escassa resposta.

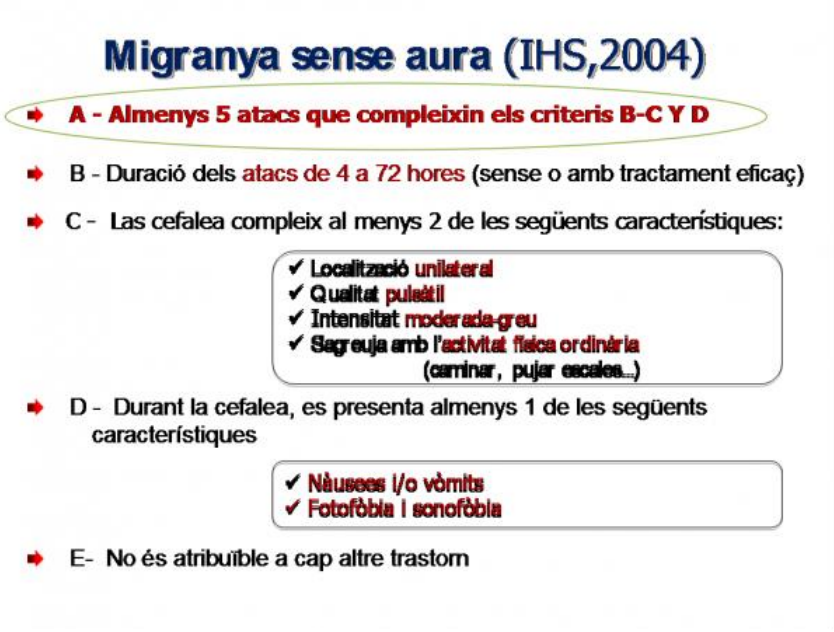
No AP d'interès.
No hàbits tòxic-medicamentosos.
AF: Mare migranyosa

Quina Orientació diagnòstica?
1- Migranya amb aura.
2- Migranya sense aura.
3- Migraña sense aura i cefalàlgia tensional episòdica.
4- Migraña sense aura i hemicranea paroxística crònica.

La resposta correcta és la número 2.

Migranyes

Patologia més prevalent durant els anys més productius de la vida laboral de les persones, amb major percentatge en dones, ocasionant una important afectació de la qualitat de vida de qui la pateix, ja que interfereix tant en seu àmbit social com laboral, familiar i personal.



Tractament de les migranyes

En el següent gràfic es fa un resum englobant tant les mesures generals com el tractament simptomàtic (específic i inespecífic).

1- Mesures generals

Cada pacient amb seu tractament, és important individualitzar el tractament, valorar precoç, a dosis òptima, si el pacient respon però pot haver-hi recidiva, llavors s'ha de repetir dosis. Si no hi ha resposta en crisis canviar de grup terapèutic, si nàusees i/o vòmits canvi de vies (nasla,sc,ev).

És important valorar els factors desencadenants ja que formen part del tractament.

Principals factors desencadenants

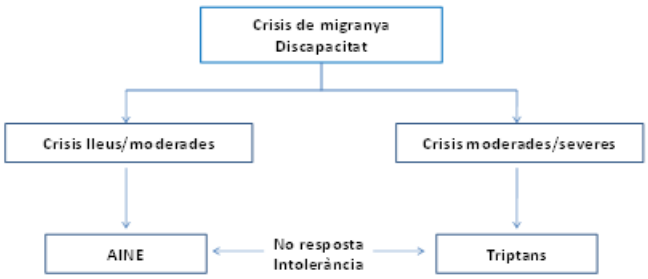
Psicològics	Estrés, post estrés, ansietat, depressió
Hormonals	Menstruació, ovulació, anovulatoris
Alimentaris	Begudes alcohòliques, xocolata, formatge, dejú, menjars rics en nitrits, additius (glutamat, aspartam,…)
Estímuls sensorials	Lluminositat, soroll, olors
Ambientals	Canvis atmosfèrics, altitud elevada, pol·lució ambiental
Del son	Excés y dèficit de son
Farmacològics	Nitroglicerina, estrògens, etc…
Dolor	Dolor cefàlic o cervical d'altre origen
Altres	Traumatisme cranial, exercici físic, fatiga

2. Tractament simptomàtic

En el cas del pacient amb episodis de migranya discapacitant amb lleu o moderada intensitat es recomana iniciar amb aines a alta dosi. Si el pacient no presenta resposta o no tolera els aines s'ha de valorar tractament amb triptans, que s'iniciarà d'entrada si són episodis de migranya moderats o severs.

En la següent figura un breu resum.

Tractament simptomàtic estratificat



fàrmacs antimigranyosos

No específics

- Analgèsics i AINE
- Codeïna
- Cafeïna
- Antiemètics i proquinèticos
- Ansiolítics

Específics

- **No selectius**
  - ✓Tartrat d´ergotamina
  - ✓Dihidroergotamina
- **Selectius**
  - ✓Sumatriptan
  - ✓Zolmitriptan
  - ✓Naratriptan
  - ✓Rizatriptan
  - ✓Almotriptan
  - ✓Eletriptan
  - ✓Frovatriptan

En la taula número 1 es presenta un breu resum de les indicacions dels Aines i la dosis recomanada amb graus de recomanació.

AINES

indicats en el tractament simptomàtic de la migranya

Substància	Dosis	Via d'administració	Grau recomanació
Àcid acetilsalicílic	500-1000mg	Oral	A
Naproxén sòdic	550-1100mg	Oral	A
Ibuprofén	600-1200mg	Oral	A
Diclofenac sòdic	50-100mg 100 mg 75 mg	oral rectal parenteral	A
Dexketoprofén	25-50mg 50-100mg	Oral parenteral	C A
Ketorolac	30-60 mg	Parenteral	B

Taula 1

En la taula número 2 es presenten els triptans amb la dosis terapèutica recomanada i els graus de recomanació.

Triptans : Formulacions, dosis i grau de recomanació

Fàrmacs	Formulació	Dosi inicial	Dosi màx. /d	Grau recomanació
Almotriptan	Oral 12,5 mg comp	12,5 mg	25 mg	A
Eletriptan	Oral 20 y 40 mg comp	20-40 mg	80mg	A
Frovatriptan	Oral 2,5 mg comp	2,5 mg	5 mg	A
Naratriptan	Oral 2,5 mg comp	2,5 mg	5 mg	A
Rizatriptan	Oral 10 mg comp/dis	10 mg*	20 mg	A
Sumatriptan	Oral 50 mg Intranasal 10 mg Intranasal 20 mg Subcutani 6 mg	50 – 100 mg 10 mg (nens) 20 mg (adults) 6 mg	200 mg 20 mg (nens) 40mg(adults) 12 mg	A
Zolmitriptan	Oral 2,5 y 5 mg comp/dis Intranasal 5 mg	2,5-5 mg 5 mg	10mg 10mg	A

*En pacients en tractament amb propanolol la dosi inicial ha de ser 5 mg

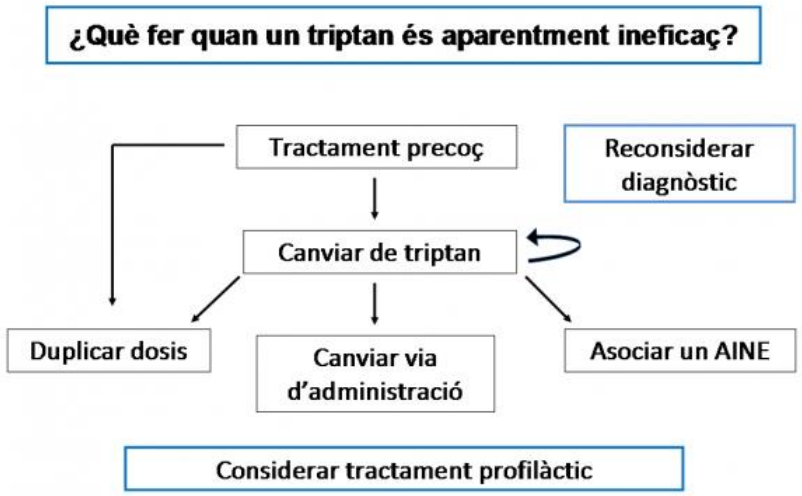
Taula 2

En la taula número 3 es presenta un breu resum de les indicacions potencials dels triptans.

Indicacions potencials dels triptans
(modificat de Pascual J, Guia SEN Dg y Tt de la cefalea 2006)

Fàrmac	Efectes Adversos amb altres triptans	Crisis intenses i/o de ràpida instauració	Migranya estándar	Crisis lleus - moderades de llarga durada	Crisis resistents a via oral i vòmits
Almotriptan					
Eletriptan					
Frovatriptan					
Naratriptan					
Rizatriptan					
Sumatriptan					Intranasal i subcutàni
Zolmitriptan					Intranasal

Taula 3



Ergòtics. Quan s´indiquen?

- Ergòtics només indicats en tractament d'aquells pacients amb crisis moderades o greus de baixa freqüència.
- No es recomanen com un tractament "de novo".
- La menor freqüència de recurrència dels ergòtics pot ser útil puntualment en ocasions per alguns pacients amb crisis perllongades i incidència de recurrència del dolor.

Tractament preventiu general

Primera línea	Segunda línea	Tercera línea	Coadyuvantes
1-Betablocadors 2-Topiramat 3-Flunaricina	1-Amitriptilina 2-Àcid Valpròic	1-Gabapentina 2-Verapamil 3-Fluoxetina	1-Toxin botulínica

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Indicacions tractament preventiu

1. **Tres o més crisis de migranya / mes**
2. Crisis recurrents amb **interferència en la vida habitual**
3. Crisis intenses i **perllongades**
4. **Resposta insuficient** al tractament simptomàtic (falta eficàcia, efectes adversos, contraindicació)
5. **Risc d'abús** d'analgèsics
6. **Aures perllongades o severes** (amb hemiparèsia, afàsia o clínica de tronc -coma, diplòpia, etc..-)
7. **Crisis epilèptiques** al si d'una crisi de migranya (migralèpsia)
8. **Preferència** del pacient
9. **Cost** en determinades circumstàncies

¿És suficient el tractament simptomàtic ?

CAL CONSIDERAR TRACTAMENT PROFILÀCTIC

En cas de migranya, tot i baixa freqüència de crisi si:

- La resposta al tractament simptomàtic és insuficient
  - Manca d'eficàcia
  - Efectes adversos
  - Contraindicacions
- La discapacitat dels atacs és severa (interferència a la vida habitual)
- Les crisis són intenses i perllongades
- Risc d'abús d'analgèsics

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Situacions especials

Tractament de la migranya en situacions especials		
Nens		Betablocadors Flunaricina
Migranya menstrual		AINE
Embaras		Propanolol, metoprolol
Migranya + cefalea de tensió		Amitriptilina
Migranya crònica		Topiramat
Aura severa		Lamotrigina

Bibliografia

- Grupo de Estudio de Cefaleas de la Socidad Espanolade Neurologia. Actitud diagnóstica y terapéuticaen la cefalea. Recomendaciones 2006. Ed
- Mateos V, Diaz S, Huerta M, Porta J, Pozo P.Ergon SA 2006: 1-108.
- Headache Classification Subcommittee of the InternationalHeadache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition.
Cephalalgia 2004; 24 (suppl.1): 1-160.
- Evers S et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine.
- European Journal of Neurology 2009; 16: 968-981.

Citació

Autors: Khammi Ibrahim, Pedro Pijoan Anna Maria, Elizabeth Riesgo Susana.
Títol article: Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 2. Article 8
Data: 27 de març de 2013
http://www.udaceba.cat/pl207/publicacions/butlletins/casos-clinics-apsalut/id10/cefalalgia-una-mirada-des-de-l-atencio-primaria.htm

Casos clínics

- Hipotiroïdisme… Orgànic o psíquic?
- Cefalàlgia, una mirada des de l'Atenció Primària
- Tractament quirúrgic del singlot

Tractament quirúrgic del singlot

Bottaro Parra, David (1); Monteserin Nadal, Rosa (2); Fernandez Valverde, Diana (1); Casasa Planas, Albert (2); Vasquez Pirillo, Gastón (1); Tarin Pico, Victoria (1); Jimenez Muñoz, Beatriz (1); Rovira Marcelino, Gemma (1).

1. Resident de medicina de família. Equip d'Atenció Primària Sardenya-Barcelona.
2. Metge de Família. Equip d'Atenció Primària Sardenya-Barcelona.

Pacient de 35 anys d'edat, amb dèficit cognitiu lleu i sense antecedents patològics d'interès. Va acudir a visita urgent al centre d'atenció primària referint singlot recurrent i intens de diversos dies d'evolució que posteriorment es va acompanyar de dolor abdominal difús tipus còlic i distensió abdominal. Refereix que el singlot cada vegada es fa més intens i que és molt limitant.

A l'exploració física el pacient es troba hidratat, afebril i eupneic. Tòrax simètric, normo expansible sense sorolls afegits. Abdomen globulós, tou, depressible, amb dolor difús a la palpació, punt de Mc Burney i Blumberg negatius encara que fa discreta defensa a la palpació profunda.
S'inicia tractament amb Clorpromazina però donat que persisteix el singlot, es decideix derivar al centre d'urgències d'atenció primària per a realització d'analítica i proves d'imatges complementàries.

En arribar al centre d'urgències el pacient es trobava en condicions clíniques estables amb persistència del singlot. A la palpació l'abdomen és tou, mal difús i amb defensa, no es palpen masses ni visceromegàlies. Tacte rectal normal.

Es realitza analítica sanguínia d'urgència en la qual destaca elevació de reactants de fase aguda amb leucòcits en 16.900 a costa de neutròfils en 87,9%, limfòcits 2,70%, monòcits 8,90% , Proteïna C reactiva 460. Glucèmia de 126 mg / dl , Urea 10,3 mmol / L, creatinina 145 UGR / L, Na 133 mmol / L, K 3,8 mmol / L. Gasos arterials dins de la normalitat.

Sediment d'orina amb 5-10 eritròcits x camp, 5-10 leucòcits x camp i abundants cèl·lules de descamació epitelial i cristalls d'urat. Radiologia de tòrax normal. Radiologia d'abdomen amb imatges en pila de monedes, amb edema de parets i signes suboclusius. TAC d'abdomen: s'observa la presència d'una nansa que acaba en fons de sac, que sembla correspondre a apèndix cecal, de localització retrocecal, augmentat de grandària amb hipercaptació mural i infiltració del greix adjacent així com adenopaties ileocecals. També s'observa imatge densa intra apèndix i bombolla aèria adjacent.

És valorat pel servei de cirurgia que decideixen realitzar intervenció quirúrgica laparoscòpica. Es realitza apendicectomia i rentat peritoneal en trobar pus lliure en cavitat abdominal.

Diagnòstic
Abdomen agut inflamatori: apendicitis aguda perforada. Peritonitis. Insuficiència renal aguda.

Diagnòstic diferencial

Tumor pulmonar, pneumònia, empiema, asma, pericarditis, vessament pericàrdic, taponament cardíac, aneurisma de l'aorta, colecistitis, apendicitis, peritonitis. Si bé l'abdomen agut inflamatori és una patologia en la qual el diagnòstic és principalment clínic, de vegades no és tan fàcil arribar al diagnòstic només amb una bona anamnesi i exploració física. En ocasions l'abdomen agut inflamatori es manifesta amb símptomes inusuals, dels quals sempre cal tenir certa sospita. Immediatament després de la intervenció quirúrgica, el singlot desapareix per la qual cosa s'associa directament aquest símptoma tan inhabitual a la patologia inflamatòria abdominal.

Bibliografía

http://emedicine.medscape.com/article/775746-overview
http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1941/pdf/A11-4-1941-3.pdf

Citació

Autors: Bottaro Parra, David; Monteserin Nadal, Rosa; Fernandez Valverde, Diana; Casasa Planas, Albert; Vasquez Pirillo, Gastón; Tarin Pico, Victoria; Jimenez Muñoz, Beatriz; Rovira Marcelino, Gemma
Títol article: Tractament quirúrgic del singlot
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 18
Data: 13 de setembre de 2013
http://www.udaceba.cat/pl207/publicacions/butlletins/casos-clinics-apsalut/id18/tractament-quirurgic-del-singlot.htm

Salut Comunitària, més que mai!

Dra. Marta Serrarols i Soldevila. Metgessa de Família. Tutora. EAP VIC SLP
Dra. Pilar Santamaria i Vilaró. Metgessa de Família. EAP VIC SLP

Voldria encetar aquest apartat de la revista APSalut fent-vos una reflexió i convidant-vos a participar en aquest nou espai de la revista.

Sovint oblidem la part final del nom de la nostra especialitat, Comunitària. Hem passat molt temps donant sentit i construint un model d'Atenció Primària de qualitat, amb resultats excel·lents en termes tècnics però amb camps de millora encara per recórrer. No està tot fet, ni molt menys. Justament el fet d'incorporar de manera clara i efectiva la Salut Comunitària és un dels grans reptes pendents del nostre sistema, un repte engrescador i apassionant.
Aquest entusiasme només es pot estendre si l'incorporem en el dia a dia de la nostra activitat i implicant-hi els residents, com una tasca més de les múltiples que realitzem.

Hi ha diferents justificacions per a aquest fet.
La reorientació dels serveis, per necessitat no només econòmica, sinó perquè tot allò que realitzem sense la implicació de la comunitat i les persones que la conformen està condemnat a fracassar. Un exemple: es canviaran estils de vida només si són les persones les que entenen que ho han de fer per elles mateixes, sent protagonistes dels canvis i com més aviat millor, començant a les escoles, treballant amb la comunitat educativa i les associacions de lleure, entre d'altres, i amb els Ajuntaments per construir ciutats sanes juntament amb les associacions de veïns i altres entitats.

Treballant sols i aïllats, només salut, podem tenir molt bona voluntat i predisposició però ens quedem curts, i a la llarga desmotivats, perquè el resultat només depèn del que nosaltres fem, i la comunitat ha de créixer i evolucionar per si mateixa, sent nosaltres una part més d'aquesta comunitat, però no qui la dirigeix.

L'autoresponsabilització del pacient i la desmedicalització tenen molt a veure amb això, però no podem canviar de la nit al dia el que durant anys hem promocionat: "Qualsevol problema que tingui, vagi al seu centre, l'atendran bé i li diran què ha de prendre". El consumisme aplicat als sistemes de salut l'hem creat nosaltres i reorientar el missatge ens costarà tant com el camí que hem recorregut per tenir una Atenció Primària excel·lent. Cal atendre donant estratègies perquè siguin les pròpies persones les que trobin una resposta adequada, que sovint no està a la consulta d'un CAP sinó també en la pròpia comunitat. I el canvi no només l'han de fer les persones a les que atenem sinó també els professionals: sabem molt bé com fer prevenció secundària de la malaltia cardiovascular, però no seria també important conèixer quins recursos tenim a la comunitat per promocionar els estils de vida saludable abans no apareix la malaltia? Donem a aquests recursos el mateix valor que té tractar en prevenció secundària? I en l'àmbit de la salut mental? Probablement és molt més "fàcil" prescriure un antidepressiu que fer la tasca de conèixer quins recursos tenim dins de la comunitat, o quins podem ajudar a crear per evitar la solitud, l'exclusió, la marginació, etc. i les seves conseqüències que tan sovint formen part del nostre llistat de "problemes de salut" que atenem i que segur que han de tenir una altra resposta, o si més no, complementària. En aquest sentit hi ha experiències molt interessants de "prescripció social" que es fan des de diferents centres de Catalunya.

Crec que tenim a favor que estem en un moment d'oportunitats, com a país i societat. La crisi de recursos ha de servir per reflexionar sobre quines coses deixem de fer que no tenen sentit i no obtenen els resultats esperats per fer-ne d'altres en la línia que explicava. Un exemple és el projecte ESSENCIAL, que no hem de córrer el risc que sigui viscut com una justificació dels ajustos que es fan; en aquest sentit no hem de posar més recursos sinó redirigir-los i utilitzar-los adequadament. D'alguna manera, crec que vol dir posar en valor més que mai la nostra tasca d'atendre a les persones de manera realment biopsicosocial i aplicar-ho al dia a dia, sentint-nos part de la comunitat i buscant respostes juntament amb ella.

Els responsables polítics també tenen molt a dir en aquest canvi d'escenari que obligatòriament hem de contemplar i és rellevant que el Pla de Salut actual i l'aposta per la Salut Pública també estan en aquesta línia, però calen accions més contundents com que quedi reflectit en el contracte dels equips.

Què hem de fer tenint en compte tots aquests aspectes?
Les EBA ens caracteritzem per l'eficiència i l'autogestió dels recursos. Des d'aquesta posició d'autonomia, depèn en part de nosaltres impulsar les estratègies de Salut Comunitària dins dels nostres centres que afavoreixin la creació d'una autèntica xarxa comunitària en l'entorn en el que treballem. Aquest també hauria de ser un valor afegit de les nostres empreses, i que es reflectís en la formació a UDACEBA dels futurs professionals de l'Atenció Primària. No podem perdre aquesta oportunitat.

Els nostres residents i els professionals de l'Atenció Primària hem de conèixer el barri, els agents comunitaris, els determinants de salut de la comunitat en la que ens movem i les desigualtats que generen, els principals problemes de salut, el teixit associatiu, etc... Hem de trobar-nos amb la comunitat, com una activitat més de la nostra especialitat, amb les persones, fora dels centres, amb altres agents, i buscar sinèrgies i treballar conjuntament.

Compartir experiències d'èxit pot ser un camí tot i que cada realitat "comunitària" ha de realitzar el seu treball. Us convido a que aquest sigui el lloc on tots poguem afegir experiències rellevants i generadores de moltes altres. No oblideu que tenim diferents organismes com el PACAP de la SEMFyC i la Xarxa AUPA de Catalunya, on alguns de nosaltres ja hi som, que treballen justament perquè la Salut Comunitària sigui una realitat en el nostre dia a dia i no només aquella tasca "voluntariosa", que fem fora d'hores, i uns quants "il·luminats". Qui s'anima a compartir la primera experiència o projecte?

No voldria acabar sense recomanar-vos alguna lectura que va en aquesta línia, de persones que treballen molt convençudes de tot això que us he intentat transmetre. Us remeto dos articles del Dr. Andreu Segura.

1) Segura Benedicto A, Giner Ruiz V. "El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina". Aten Primaria.
2012. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.007)
2) Segura A. Recensión bibliográfica. Gac Sanit.
2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.011 sobre l'abordatge comunitari de les malalties cròniques.

Citació
Autors: Serrarols Soldevila, Marta; Santamaria Vilaró, Pilar
Títol article: Salut Comunitària, més que mai!
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 19
Data: 14 de setembre de 2013
http://www.udaceba.cat/pl214/publicacions/butlletins/salut-comunitaria/id20/salut-comunitaria-mes-que-mai.htm

El benchmarking a l'Atenció Primària de Salut: els Equips de Base Associativa i els residents

Albert Casasa Plana. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

El **benchmarking** és un anglicisme utilitzat a les ciències de l'administració d'empreses. Es pot definir com un procés sistemàtic i continu per avaluar comparativament els productes, serveis i processos de treball en organitzacions. Consisteix en agafar com a "comparadors" o benchmarks aquells productes, serveis i processos de treball que pertanyen a organitzacions que evidenciïn les millors pràctiques sobre l'àrea d'interès, amb el propòsit de transferir el coneixement de les millors pràctiques i la seva aplicació.

La importància del benchmarking no es troba en la detallada mecànica de la comparació, sinó en l'impacte que poden tenir aquestes comparacions sobre els comportaments. Es pot considerar com un procés útil de cara a assolir l'impuls necessari per realitzar millores i canvis.(1)

El benchmarking a l'Atenció Primària de Barcelona

La administració sanitària va iniciar l'any 1993 el procés sistemàtic d'avaluació dels Equips d'Atenció Primària. (EAP)

A la ciutat de Barcelona, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) es va proposar la publicació dels resultats de l'avaluació dels EAP com a una part substancial de les dinàmiques de gestió de la qualitat i de transparència dels resultats dels serveis sanitaris públics.

L'administració va creure necessari crear un instrument per:

- Permetre la comparació dels EAP entre si com una estratègia per conèixer i referenciar-se en el context de l'atenció primària de salut.
- Orientar els EAP cap a la millora dels resultats en les dimensions avaluades.
- Identificar els EAP amb millors resultats en cada una de les dimensions i en el conjunt de totes elles (benchmarking). Aquests EAP es configuren com els referents externs de la qualitat de l'atenció primària de salut a l'RSB.

Des de l'any 2002 fins l'actualitat, el Benchmarking d'atenció primària ha estat un procés dinàmic tant pel que fa a revisió metodològica com a la incorporació progressiva de nous EAP fins arribar a la totalitat dels del territori de la Regió Sanitària Barcelona.

El CSB ha dissenyat el projecte amb la implicació dels proveïdors sanitaris i dels professionals assistencials (2)

Per exemple, les dimensions que es van proposar per analitzar i comparar de forma descriptiva van ser les següents:(3)

- Accessibilitat i satisfacció
- Efectivitat i integralitat
- Capacitat resolutiva
- Cost i eficiència

Cada una de les dimensions incorpora una combinació d'indicadors seleccionats tenint en compte les recomanacions del Grup Assessor (revisió 2009) i la factibilitat en l'obtenció de la informació necessària per elaborar-los (Taula 1). El 2010 van canviar lleugerament els indicadors.(Taula 2).

Taula 1

2009			
Accessibilitat i satisfacció	**Efectivitat i integralitat**	**Capacitat resolutiva**	**Cost i eficiència**
Població atesa i assignada ajustada per edat (AC1)	Indicador compost de l'atenció a l'HTA (EF1) *Control òptim de la hipertensió arterial en referència als casos d'HTA esperats* *Valoració del risc cardiovascular en població amb HTA de 35 a 74 anys*	Taxa ajustada per edat de les hospitalitzacions evitables (CR1)	Despesa farmacèutica pe població atesa ajustada per edat (CE1)
Satisfacció de l'usuari respecte a la demanda de cita prèvia (AC2)	Indicador compost de l'atenció a la diabetis *mellitus* (EF2) *Bon control metabòlic de la diabetis mellitus en referència als casos de diabètics esperats* *Valoració del risc cardiovascular en població amb DM de 35 a 74 anys*	Urgències hospitalàries (pacients diferents) per EAP de referència població >14 anys (CR2)	Cost per pacient tractat amb antidepressius (CE2

Satisfacció de l'usuari respecte al temps d'espera a la consulta (AC3)	Vacuna antigripal a pacients >=60 anys (EF3)	Urgències hospitalàries (pacients diferents) per EAP de referència població de 0 a 14 anys (CR3)	Prescripció d'envasos d'especialitats farmacèutiques genèriques (CE3)
Satisfacció de l'usuari respecte a l'atenció global rebuda en el seu centre (AC4)	Avaluació del sobrepès i l'obesitat en població de 6 a 14 anys (EF4)	Derivacions a l'atenció especialitzada hospitalària i extrahospitalària (dermatologia, pneumologia, aparell digestiu i endocri) (CR4)	Prescripció d'envasos de nous medicaments amb valor afegit limitat (CE4)
Resultats de l'enquesta telefònica d'accessibilitat als equips d'atenció primària (AC5	Valoració integral en pacients >74 anys inclosos en ATDOM (EF5)		Cost per pacient tractat amb hipolipemiants (CE5)
Cobertura del Programa ATDOM >64 anys (sense residència) (AC6)	Prescripció de benzodiacepines d'elecció en població >74 anys (EF6)		Cost per pacient tractat amb IECA i ARAII (CE6)
	Tractament de l'osteoporosi en dones ateses de 15 a 65 anys (EF7)		

Taula 2

2010			
Accessibilitat i satisfacció	**Efectivitat i integralitat**	**Capacitat resolutiva**	**Cost i eficiència**
Població atesa i assignada ajustada per edat (AC1)	Indicador compost de l'atenció a l'HTA (EF1) *Control òptim de la hipertensió arterial en referència als casos d'HTA esperats* *Valoració del risc cardiovascular en població amb HTA de 35 a 74 anys*	Taxa ajustada per edat (a partir dels 24 anys) de les hospitalitzacions evitables per MPOPC i ICC (CR1)	Despesa farmacèutica per població atesa ajustada per edat (CE1)
Usuaris que disposen de recepta electrònica (AC2)	Indicador compost de l'atenció a la diabetis *mellitus* (EF2) *Bon control metabòlic de la diabetis mellitus en referència als casos de diabètics esperats* *Valoració del risc cardiovascular en població amb DM de 35 a 74 anys*	Urgències hospitalàries (pacients diferents) per EAP de referència població >14 anys (CR2)	Cost per pacient tractat amb antidepressius (CE2)
Consultes telefòniques ateses de medicina de família (AC3)	Vacuna antigripal a pacients >=60 anys (EF3)	Urgències hospitalàries (pacients diferents) per EAP de referència població de 0 a 14 anys (CR3)	Prescripció d'envasos d'especialitats farmacèutiques genèriques (CE3)
Consultes telefòniques ateses d'infermeria (AC4)	Avaluació del sobrepès i l'obesitat en població de 6 a 14 anys (EF4)	Derivacions a l'atenció especialitzada hospitalària i extrahospitalària (dermatologia)(CR4)	Prescripció d'envasos de nous medicaments amb valor afegit limitat (CE4)
Cobertura del Programa ATDOM >64 anys (sense residència) (AC5)	Valoració integral en pacients >74 anys inclosos en ATDOM (EF5)		Cost per pacient tractat amb hipolipemiants (CE5)
	Pacients >75 anys amb medicació potencialment inadequada en gent gran (EF6)		Cost per pacient tractat amb IECA i ARAII (CE6)

Els equips de base associativa (EBAs) en el Benchmarking

Des de l'inici del benckmarking de Barcelona els EBAs han estat situats sempre entre els millors. (taula 3)

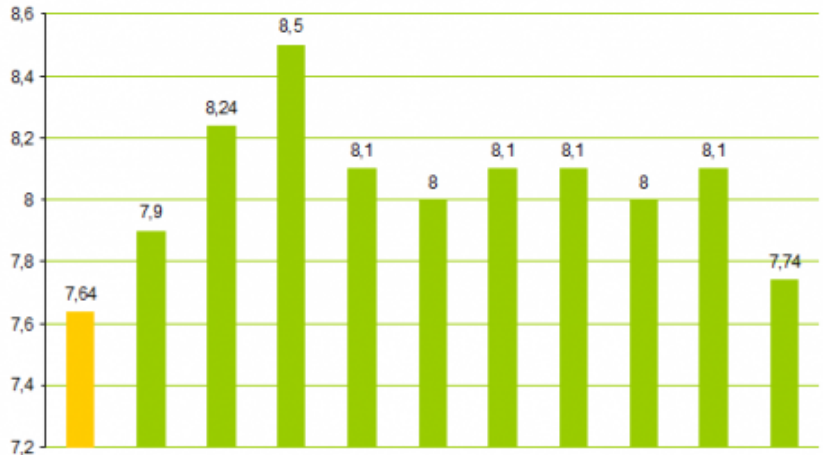
Taula 3

Entitat Proveïdora (prescripció)	Indicadores	COST Cost/Usu ST	Dif resp CAT Cost/Usu
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BCN - SARDENYA	0676	34,86	(14,29)
EQUIP D'ASSISTENCIA PRIMARIA VIC, SLP	0559	37,99	(11,16)
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMARIA POBLE SEC S.L.	1414	39,99	(9,16)
ALBERA SALUT, SLP	1583	40,01	(9,14)
EAP OSONA SUD - ALT CONCOST, SL	0675	40,01	(9,14)
EAP SARRIÀ, SLP	1598	41,34	(7,81)
PROJECTES SANITARIS I SOCIALS, SA	1582	41,54	(7,61)
FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL S JAUME D'OLOT	1852	41,73	(7,42)
GESCLINIC SA	1960	42,22	(6,93)
CONSORCI SERV. PERSONES VILANOVA I LA G.	2394	42,57	(6,59)
VALLPLASA ATENCIÓ PRIMÀRIA, SLP	1599	42,97	(6,18)
CONSORCI ASSISTENCIAL DEL BAIX EMPORDA	0123	42,97	(6,18)
FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL	0177	45,26	(3,89)
EAP DRETA DE L'EIXAMPLE SL	1750	45,40	(3,76)
CORPORACIÓ DE SALUT MARESME I SELVA	1586	45,46	(3,70)
FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ, FP	0178	45,46	(3,69)
F. CAU CENTRE ASSISTENCIAL I D'URGÈNCIES	0094	45,78	(3,37)
CONSORCI SANITARI DEL MARESME	0593	45,97	(3,18)
EBA VALLCARCA S.L.P.	2378	47,30	(1,85)
CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA	2407	47,92	(1,23)
INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA	0209	48,07	(1,08)
F.P. HOSPITAL DE POBRES DE PUIGCERDÀ	0182	48,08	(1,07)

NOVEMBRE 2011 Indicadors ST (Entitat Proveïdora)

Si ens referim a les enquestes de satisfacció dels usuaris, que seria una altra forma de benchmarquing, tots els equips de base associativa estan situats per sobre de la mitjana de satisfacció dels centres de salut de Catalunya. (Taula 4)

Taula 4



El Benchmarking i els residents

Com a professionals de la salut en formació, els residents també tenen el seu paper. Tal i com recull el programa de l'especialitat de Medicina de família i comunitària les quatre funcions del metge de família són l'atenció, la docència, la investigació i la gestió de l'atenció.

Una bona gestió clínica i no clínica (organitzativa) determinarà que les competències del metge de família tinguin l'impacte desitjat sobre els objectius del sistema sanitari: l'efectivitat, l'eficiència, l'equitat i la viabilitat del sistema.

Els metges de família són gestors d'una gran part de recursos del Sistema Nacional de Salut: són gestors del temps, gestors de la informació, gestors de la qualitat en un marc de responsabilitat civil i medicolegal i sobretot són gestors clínics que han prendre decisions eficients basades en la millor evidència disponible, en la pròpia experiència clínica i tenint en compte les expectatives del pacient." (5) Els residents de la unitat docent ACEBA tenen l'oportunitat de viure en directe la gestió del seu centre de salut, participar-hi i conèixer els principis de l'autogestió. Els residents en acabar la residència haurien de conèixer els indicadors que l'administració utilitza pel benchmarquing, haver-los discutit i debatut en sessions clíniques, haver-los assumit i contribuït a fer-los possibles.

Bibliografia

1. Col·laboradors de la Viquipèdia. Benchmarking [en línia]. Viquipèdia, l'Enciclopèdia Lliure, 2012 [data de consulta: 13 d' octubre del 2012]. Disponible en .

2. Plaza A, Guarga A, Zara C, Ruano I. Benchmarking en la atención primaria de salud: Una estrategia de mejora de la calidad.Revista clínica electrónica en atención primaria, Núm. 7 (Juny 2005) , p. 1-8

3. Benchmarking dels EAP de la Regió Sanitària Barcelona. Resultats 2009.

4. Benchmarking dels EAP de la Regió Sanitària Barcelona. Resultats 2010.http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxius/benchmarking_RSB_2010.pdf

5. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria 2005. Disponible en Web:http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf

Citació
Autor: Casasa Albert
Títol article: El Benchmarking a l'Atenció Primària de Salut: Els equips de base associativa i els residents
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 1. Article 3
Data: 14 de desembre de 2012
http://www.udaceba.cat/pl199/publicacions/butlletins/autogestio/id3/el-benchmarking-a-latencio-primaria-de-salut-els-equips-de-base-associativa-i-els-residents.htm

Articles de docència

- El programa Hippokrates: una altra visió de la formació
- L'Atenció Primària de Salut, la visió de l'estudiant

El programa Hippokrates: una altra visió de la formació

Anna Maria Pedro Pijoan. Medicina Familiar i Comunitària. EAP Gaudí. Responsable Programa Hippokrates Espanya

Raquel Gómez Bravo, Medicina Familiar i Comunitària. Representant a Espanya del Moviment Vasco de Gama

En la nostra professió gaudim de poder comunicar-nos amb tots els estaments, directament amb el pacient, la família que l'envolta, els metges que el porten, els especialistes de l'hospital, els de la seva mútua si és el cas...

Però metge de família és igual a tots els països? Per lògica no tots els països tenim el mateix sistema sanitari i podem tenir avantatges i desavantatges en aquest sentit, però podem aprendre molt d'aquests, i tal com ens recomanen durant la nostra formació, com més ampliem els nostres coneixements millor podrem ser en el nostre dia a dia.

En aquest ocasió us volem presentar una bona oportunitat per ampliar coneixements: sol·licitar un Programa Hippokrates. Amb aquesta mentalitat, els joves Metges de la WONCA, el moviment de Vasco da Gama, van proposar fa més de 10 anys, poder tenir un Programa de 2 setmanes perquè els residents aprofitant la seva època de formació i joves Metges durant els primers 5 anys després de la residència, poguessin tenir un espai més enllà de les seves fronteres i poder anar a altres països de UE, per aprendre, comparar i millorar com a metges de família.

Hi ha actualment 26 països que es poden visitar i sol·licitar a través de la pàgina web www.vdgm.eu Tindreu l'oportunitat d'escollir el país que més us encurioseix o potser un país del qual us han parlat i us interessa especialment per la seva manera d'organitzar-se.

Vasco Da Gama és l'organització de joves Metges Família (JMF) dintre de Wonca i en nostre país amb recolzament de la semFYC, que amb ganes i il·lusió ofereix ampliar la formació als metges de família. Intenta ajudar a arribar a l'excel·lència de l'especialitat en Medicina de Família a través de la recerca, la docència, la medicina rural, la promoció, la imatge i els intercanvis.

El Programa Hippokrates consisteix en una rotació externa que ofereix al resident o al JMF dues setmanes d'aprenentatge en un altre país, acompanyat d'un tutor que intentarà transmetre-li tot el que sap amb els mitjans de que disposa. L'experiència resulta molt enriquidora per ambdues parts, tant pels visitants com pels tutors.

Passos a seguir per arribar a un acord

Cal registrar-se gratuïtament a la pàgina web de Vasco da Gama Movement, www.vdgm.eu Des d'allí podreu accedir als diferents països que disposen de centres de salut de referència, amb els corresponents contactes.

Articles de docència

- El programa Hippokrates: una altra visió de la formació
- L'Atenció Primària de Salut, la visió de l'estudiant

Un cop establert el primer contacte, seguidament s'ha d'emplenar la documentació *Visitor contact*, *Learning objectives Template*, i el *Educational Programme* per part del tutor d'acollida. També es sol·licita que el participant documenti el seu nivell d'anglès i que presenti el certificat de la seva Unitat Docent conforme se li han autoritzat les dates de la rotació externa.

Una vegada finalitzada la rotació es requereix realitzar una memòria de l'experiència, *Final Report Template*, que serà la documentació final que cal presentar per obtenir el certificat que acredita que s'ha completat la rotació del Programa Hippokrates.

En el web també trobareu les memòries d'altres companys, que us poden ajudar a tenir una visió en primera persona de l'experiència viscuda.

Així doncs, us animem a apuntar-vos i a gaudir d'aquesta oportunitat.

Per a qualsevol dubte estem a la vostra disposició: hippokratesspain@gmail.com

Citació
Autores: Pedro Pijoan Anna Maria, Raquel Gómez Bravo
Títol article: Programa Hippokrates, una altra visió de la formació
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 2. Article 9
Data: 28 de març de 2013
http://www.udaceba.cat/pl209/publicacions/butlletins/articles-de-docencia/id9/el-programa-hippokrates-una-altra-visio-de-la-formacio.htm

L'Atenció Primària de Salut, la visió de l'estudiant

Pedro Corzo Orantos. Estudiant de 6è de Medicina. Universitat Internacional de Catalunya

L'Atenció Primària es tracta d'una especialitat bàsica en un sistema de salut propi de països desenvolupats. Bàsicament consta de metges/esses, infermers/eres, auxiliars d'infermeria i assistents socials. El paper del metge és fonamental: la seva funció és fer de filtre d'entrada per a qualsevol patologia, distingir la patologia banal de la preocupant, tractar (en la pròpia consulta o fora mitjançant un seguiment) patologies agudes i cròniques i derivar totes aquelles que no es pugin abastar a la consulta als especialistes de cada camp perquè procedeixin a fer l'estudi diagnòstic i tractament adient.

En conseqüència s'ha de saber de tot una mica: si comparéssim un metge de capçalera amb una prova diagnòstica, hauria d'apropar-se el més possible al 100% de la sensibilitat diagnòstica. És per això, que el metge d'Atenció Primària ha d'estar molt al dia de tots els avenços en diagnòstics i tractaments més adequats, i implementar-los amb l'ajut dels altres membres de l'equip assistencial amb la major adequació possible i que permeti la situació social, política i econòmica del moment.

A més, l'Equip d'Atenció Primària ha de ser un equip interdisciplinar en el qual el metge i els altres professionals han d'estar en contacte directe i tractar la patologia des del punt de vista de cadascú però compartint la informació amb la finalitat de poder atendre el problema del pacient i que sigui resolt amb la major efectivitat i eficiència possibles.

L'Equip d'Atenció Primària no només ha d'atendre al malalt, sinó que també ha de procurar gestionar tots els tràmits administratius que tinguin a veure amb la salut del pacient, atendre a la família (sobretot en moments com al final de la vida o malalties invalidants) i a la comunitat fent prevenció primària, secundària i terciària.

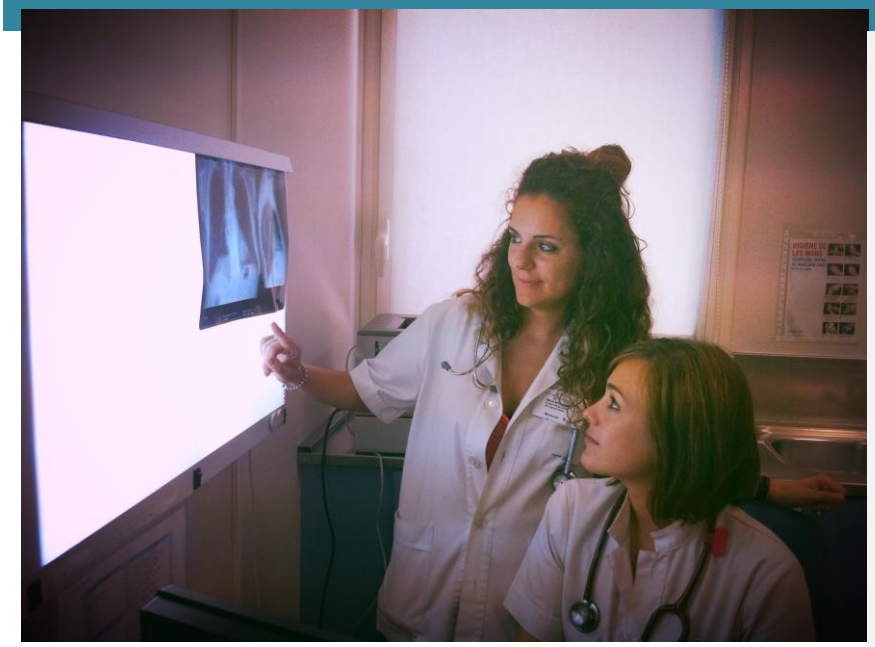
Finalment, no s'ha d'oblidar que en Atenció Primària a part d'atendre la malaltia del pacient, s'ha de tractar el pacient en la seva esfera bio-psico-social i s'ha de tenir en compte que el metge pot curar a la persona no solament amb fàrmacs sinó amb el do de la paraula, l'empatia, la paciència i el llenguatge no verbal.

Citació
Autors: Corzo Orantos, Pedro
Títol article: L'Atenció Primària de Salut, la visió de l'estudiant
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 4. Article 20
Data: 15 de setembre de 2013

http://www.udaceba.cat/pl209/publicacions/butlletins/articles-de-docencia/id21/l-atencio-primaria-de-salut-la-visio-de-l-estudiant.htm

Articles de docència

- El programa Hippokrates: una altra visió de la formació
- L'Atenció Primària de Salut, la visió de l'estudiant



Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través de l'Atenció Primària

David Bottaro Parra. Resident MIR de Medicina de Família. EAP Sardenya
Anna Soteras Prats. Infermera. Tutora. EAP Sardenya
Begoña Ichazo. Infermera. Tutora. EAP Sardenya
Laia Menero. Treballadora social. EAP Sardenya
Albert Casasa Plana. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

Objetius

Conèixer els pacients crònics amb complexitat que van ser derivats l'any 2011 des d'un Centre d'Atenció Primària (CAP) al servei d'urgències de l'hospital d'aguts de referència.

Descriure l'activitat relacionada amb aquests pacients realitzada al CAP i conèixer els esdeveniments i les rutes registrades tant el 2011 com el 2012.

Material i mètodes

Estudi realitzat a l'EAP Sardenya. S'han seleccionat tots els pacients derivats a urgències de l'hospital de referència (Hospital de Sant Pau) segons consta a les històries clíniques informatitzades (Derivació a Urgències) i que presenten les següents condicions de cronicitat: Diabetis Mellitus, Hipertensió arterial, Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, Neoplàsia, Malaltia Renal Crònica, Insuficiència Cardiaca, Cardiopatia Isquèmica.

Els pacients seleccionats han de complir al menys dos d'aquestes condicions i /o consum de 7 o més fàrmacs.

Es van registrar a partir de les històries clíniques les variables per a 2011 i 2012: ingressos, derivacions, visites a urgències, número de fàrmacs, valoració geriàtrica, programa prealt.

Resultats

81 Pacients: 45 homes, mitjana d'edat 76 (de 37 a 94 anys), 2 exitus.

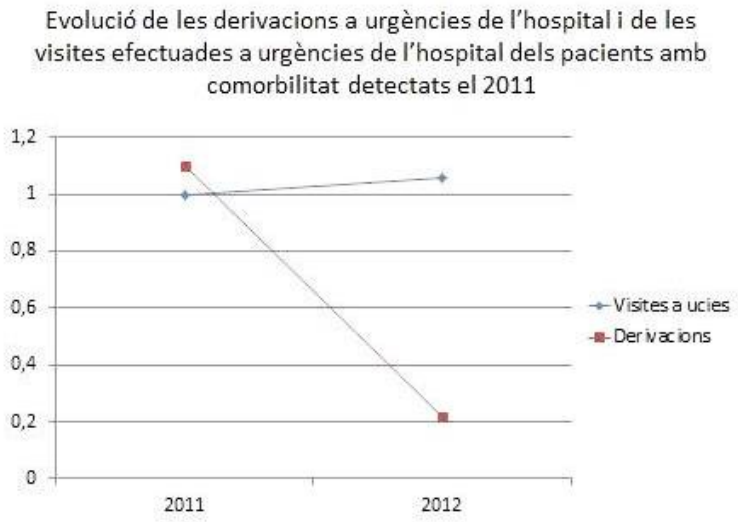
Mitjana de 2,85 malalties cròniques, mitjana de número de fàrmacs: 7 el 2011 i 7,6 el 2012.

Nombre de derivacions mitjana a urgències 1,1 (2011) i 0,22 (2012), nombre de visites a urgències 1 (2011) i 1,06 (2012), nombre d'ingressos 167 el 2011 (principalment a medicina interna), i 66 el 2012; només 1 ingrés en sociosanitari.

Nombre de visites al Centre d'Atenció Primària el 2011:
- Per metge de familia: 15
- Infermeria: 11
- Treballadora social: 0,4

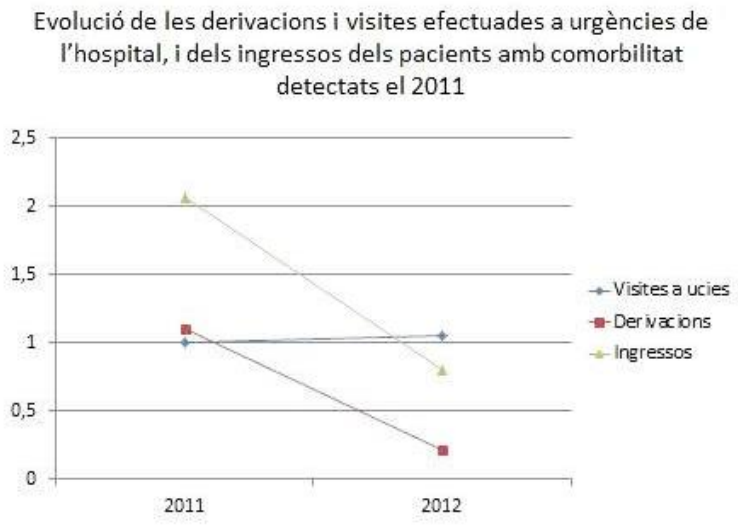
Nombre de visites al Centre d'Atenció Primària el 2012:
- Per metge de família: 11,6
- Infermeria: 7,7
- Treballadora social: 0,5

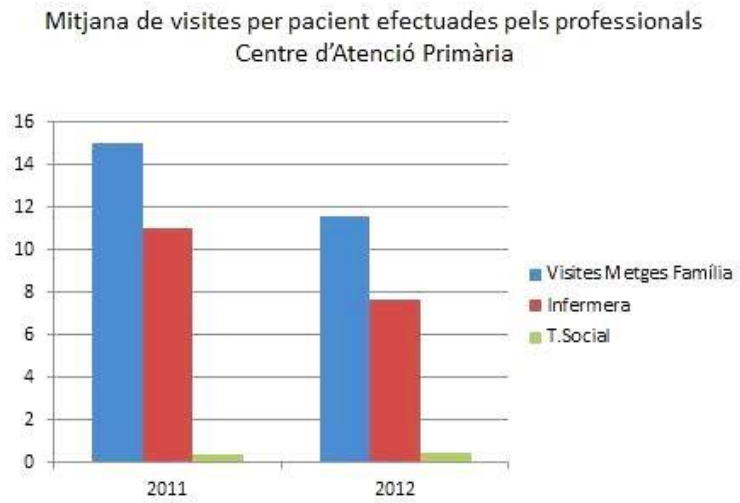
Valoració autonomia del pacient: Barthel 79 (2011), 80 (2012)



Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.





Discussió

Els darrers anys el pacient crònic s'ha anat desplaçant cap al punt de mira de tots els planificadors sanitaris degut a la gran presència de condicions cròniques. Actualment, a més, es coneix que el seu impacte econòmic en el Sistema de Salut requereix un canvi de model.

La definició de pacient crònic complex a la regió sanitària de Barcelona inclou persones majors de 14 anys amb 2 o més ingressos no programats en els últims 12 mesos i que tenen com a mínim 1 o més dels diagnòstics següents: Insuficiència cardíaca, Cardiopatia isquèmica, MPOC, Diabetis, Neoplàsies, Demència, Hepatopatia crònica, AVC, Trastorn mental greu o sever, SIDA.

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

En el nostre estudi hem decidit escollir pacients amb comorbilitat però que no forçosament haguessin ingressat dos vegades. Hem exclòs els pacients amb transtorns mentals perquè es tracta de pacients que generalment tenen més vincle amb el centre de Salut mental que amb el CAP.

Per evitar caure en l'atenció basada en la intuïció calen estudis científics realitzats amb pacients amb multimorbiditat. Alguns autors ens adverteixen que la suma de les recomanacions actuals (específiques per cada malaltia) condueixen a l'atenció fragmentada, uns tractaments inconsistents i una polimedicació. Nogensmenys l'estat actual del coneixement es basa sobretot en assaigs clínics aleatoris on els pacients amb multimorbiditat són generalment exclosos.

L'estratègia actual d'organitzar la prestació de serveis a través de rutes assistencials hauria de tenir en compte aquesta complexitat.

Els beneficis de l'atenció coordinada són reconeguts arreu del món. El 2011 l'Associació Mèdica Mundial (WMA) va emetre una declaració sobre la Càrrega Global de la malaltia crònica. En aquesta declaració, la WMA advoca per la promoció d'estratègies de prevenció de la salut, equips centrats en la malaltia crònica amb continuïtat de l'atenció d'aquests pacients. Això va ser recolzat pels resultats d'una sèrie d'estudis. A Queensland el 2008, per exemple, van demostrar que coordinar els equips de cura redueix els ingressos hospitalaris en un 25%, la reducció de les despeses d'hospitalització en un 26% i redueix les taxes de depressió dels pacients i millora la qualitat de vida. També va demostrar que quan els pacients estan connectats a models centrats en equips comunitaris enlloc de models centrats en l'atenció a problemes aguts els pacients són més actius en el manteniment de la seva pròpia salut.

Tot i això una recent revisió sistemàtica conclou que l'evidència sobre la cura de pacients amb multimorbiditat és limitada. Les intervencions fins ara han tingut efectes mixtos, encara que és probable que siguin més eficaços si es dirigeixen als factors de risc o dificultats funcionals específiques.

Hi ha la necessitat d'identificar clarament els pacients amb multimorbiditat i desenvolupar intervencions rendibles i dirigides específicament per poder millorar els resultats de salut.

En la pràctica clínica tenim els pacient en el seu ambient social i familiar, de forma que les malalties cròniques afecten tot l'espectre d'edats. El repte de les malalties cròniques (les que duren més de 6 mesos) no es cenyeix a unes quantes que afecten a la gent gran o a un conjunt de problemes de Salut. Afecten a tots els grups d'edat i la seva varietat exigeix un canvi global, una millora general i no només simples respostes senzilles.

En el nostre estudi descriptiu es posa de relleu el vincle important que tenen els pacients amb els seus professionals de referència a l'Atenció Primària. Això és important perquè és el primer pas per poder treballar conjuntament què s'ha de fer, i a on, quan hi ha una descompensació.

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Per altra banda l'estudi també ens revela que quan el pacient va pel seu compte a l'hospital, la majoria de vegades no queda ingressat. Probablement una millor connexió amb primària podria haver resolt el problema o haver trobat dispositius alternatius als serveis d'urgències d'aguts. L'accés directe des de l'Atenció Primària a dispositius d'estança curta o mitjana per resoldre problemes puntuals dels pacients crònics podria ser d'utilitat.

Conclusions

Els pacients crònics derivats a urgències són àmpliament coneguts i visitats a l'atenció primària. Utilitzen aquests serveis d'urgències quan són derivats pel seu metge però també pel seu compte. Els ingressos són molts menys quan els pacients acudeixen pel seu compte.

Els centres de salut poden jugar un paper determinant en la gestió de les rutes més adequades en cas d'agudització i en fer-les conèixer al pacient.

Pràcticament no es fan servir altres dispositius de subaguts o crònics que serien adequats per a aquesta població.

Bibliografia

- De Maeseneer J, Boeckxstaens P, An De Sutter Vakgroep Huisartsgeneeskunde en erstelijnsgezondheidszorg, Ugent. Multimorbidité: d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs »Minerva 2013; 12(4): 40-40

- Australian Medical Association. Improving care for patients with chronic and complex care needs. https://ama.com.au/ama-chronic-disease-plan-improving-care-patients-chronic-and-complex-care-needs-%E2%80%93-revised-2012

- Gervás J.Perez Fernandez M. Modelo de atención a crónicos (Chronic care model) y otras iniciativas de mejora de calidad en pacientes crónicos. AMF 2009;5(6):356-364 50

- Smith S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ 2012;345:e5205

Citació

Autors: Bottaro Parra, David; Soteras Prats, Anna; Ichazo, Begoña; Menero, Laia; Casasa Plana, Albert.
Títol article: Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'atenció primària
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 3. Article 14
Data: 21 de juny de 2013
http://www.udaceba.cat/pl201/publicacions/butlletins/temes-de-recerca/id16/pacient-cronic-i-utilitzacio-durgencies-millor-a-traves-datencio-primaria.htm

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet

De la Figuera Von Wichmann M, Bottaro Parra D, Fernández Valverde D, Jiménez Muñoz B, Rovira Marcelino G, Vázquez G.

Introducció

Durant els últims 35 anys la població espanyola ha augmentat considerablement convertint-se en una societat envellida amb una esperança de vida de 81,2 anys, essent més gran per a les dones (84,3 anys) que per als homes (78,2 anys). S'estima que hi ha un increment mitjà d'1 any addicional d'esperança de vida per cada període temporal de 5 anys (8).

A l'àrea bàsica de salut 7B de Barcelona, ¿¿que correspon a l'àrea de referència de l'EAP sardenya, per al període comprès entre 2005-2007 hi havia 2,516 persones (25,7%) majors de 75 anys, esssent major el percentatge de dones (15,8%) que el d'homes (9,9%). L'esperança de vida en néixer de la població general era de 84,27 anys, essent major per a les dones (86,73 anys) que per als homes (81,17 anys).

L'any 2008 va ser publicat l'assaig HYVET (9) el qual demostrava que la població major de 80 anys, hipertensa, que rebia tractament amb diürètics tenia menys risc de patir esdeveniments cardiovasculars (infarts, ictus, etc.), que la població que no els prenia.

Aquest estudi va ser realitzat amb una població relativament sana pel fet que excloïen pacients pels quals estigués contraindicat l'ús de certs medicaments utilitzats en l'estudi, i també estaven exclosos si presentaven hipertensió avançada, hipertensió secundària, ictus hemorràgic 6 mesos previ a la data d'inclusió, insuficiència cardíaca que requeria tractament amb antihipertensius, creatinina sèrica> 150umol/litre (1,7 mg / dl), nivells de potassi sèric menors de 3,5 mmol / litre o majors de 5.5 mmol / litre, gota, diagnòstic clínic de demència, i requeriment de cures d'infermeria.

Paral·lelament a l'inici de l'assaig HYVET i d'una manera totalment desvinculada, l'any 2004 es va realitzar a l'EAP Sardenya la captació de pacients majors de 80 anys d'edat a qui esi va realitzar una valoració geriàtrica integral, aconseguint crear una base de dades amb les característiques dels hipertensos octogenaris del centre de salut.

Objectius

Donada la inquietud que sorgia en veure diferents característiques entre les poblacions de l'assaig HYVET i la població que acudeix al nostre centre, ens plantegem utilitzar la base de dades amb pacients majors de 80 anys a qui es va realitzar una valoració geriàtrica integral per analitzar les característiques dels hipertensos en comparació amb els no hipertensos i plantejar-nos si és possible aplicar els resultats de l'assaig HYVET als hipertensos del nostre àmbit.

Materials i mètodes

Per això es va realitzar un estudi descriptiu i transversal en un centre de salut urbà, amb una mostra de 177 hipertensos> 80 anys d'edat inclosos en un estudi de valoració geriàtrica integral.

Aquesta base de dades es va obtenir amb la realització d'una valoració geriàtrica integral a 305 pacients majors de 80 anys d'edat, certificada pel document d'identificació nacional (DNI), que van acudir espontàniament al nostre centre l'any 2004. Aquesta valoració geriàtrica va consistir en lal mesura de pressió arterial, valoració d' hàbits, estatus social, nivell de risc social a través de l'escala de Gijón, nivell d'estudis, percepció de salut, alteracions sensorials (visuals i auditives), incontinència urinària, nivells d'autonomia amb la realització de test de Barthel, cribratge de depressió per Yesavage, determinació de nivell cognitiu (Pfeiffer). També es va calcular el grau de comorbiditats de tots els pacients utilitzant el Charlson després de determinar si eren diabètics, dislipèmics, si havien patit d'infart de miocardi previ, insuficiència cardíaca, ictus previ, artropatia perifèrica, fibril · lació auricular, demència i nombre total de fàrmacs que tenen indicat com a tractament habitual.
L'únic criteri d'exclusió per a la realització d'aquesta base de dades va ser que el pacient tingués un grau de dependència per les activitats de la vida diària important com perquè no pogués anar al centre de salut pels seus propis mitjans.

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

D'altra banda, es va fer una revisió sistemàtica de la història clínica de cada pacient inclòs a la base de dades per a la realització de l'estudi de les característiques dels octogenaris en un centre de salut valorant totes les variables que van ser: si el pacient era hipertens en la data de l'entrevista geriàtrica, tensió arterial tenint en compte els valors més elevats 6 mesos abans o després de la data de la realització de la valoració geriàtrica integral. Un altre ítem valorat va ser el de fàrmacs que prenia el pacient al moment de la valoració com els IECAs, diürètics, calci antagonistes, ara-II, beta bloquejadors, alfa bloquejants, col · liris, etc. Alguns altres esdeveniments es van obtenir com la data d'última visita, nou diagnòstic d'hipertensió arterial des de la valoració geriàtrica fins a la data de revisió, infart agut al miocardi, angor, insuficiència cardíaca, bloqueig AV (portador de marcapassos), accident cerebrovascular, artropaties perifèriques , arítmies cardíaques tipus fibril · lació auricular, osteoporosi, insuficiència renal crònica, demència, diabetis i neoplàsies malignes. També es va fer revisió de la història clínica compartida i el RCA per obtenir informació sobre ingressos hospitalaris, trasllats, institucionalitzacions i defuncions. Totes aquestes dades van ser descarregades en una plantilla realitzada amb el programa Microsoft Acces que es va realitzar amb les variables proposades per tal de poder quantificar els resultats en finalitzar la revisió per així arribar a les conclusions pertinents.
Els criteris d'exclusió van ser que el pacient tingués un grau de dependència per les activitats de la vida diària important com perquè no pogués anar al centre de salut pels seus propis mitjans amb la qual cosa no se li va realitzar la valoració geriàtrica integral l'any 2004 i en el moment de la revisió de la base de dades el criteri d'exclusió va ser que el pacient no fos hipertens.

Resultats

Es van incloure 305 pacients, 177 hipertensos (58%) amb pressió arterial mitjana (DE) 147 (17) / 79 (18) mmHg; mitjana d'edat (DE); 83,4 (3,1) anys; 59,2% dones; fumadors 3,4%; Vidus / es 56,5%; viuen sols 35%; sense risc social 61,6%; sense estudis / primària incompleta 57%; 70% percepció de salut bona / molt bona. No alteracions visuals / auditives 67% i 63%; caigudes en els darrers 6 mesos 26%; incontinència urinària 42%; independència total (Barthel) 76,8%; depressió (Yesavage) 22%; deteriorament cognitiu (Pfeiffer) 5,1 %. Totes les variables sense diferències significatives amb els no-hipertensos.

A més es van comparar altres variables com la comorbiditat resultant en 58,2% per hipertensos (HT) i 45,5 no hipertensos (no-HT) dels quals el 18,1 i el 7,8% respectivament, tenien una afecció moderada (Charlson); Diabetis 16,4% (HT) i 7,8% (no-HT); Dislipèmia 27,0% (HT) i 16,4% (no-HT); IAM previ 13,5% (HT) i 5,5% (no-HT), insuficiència cardíaca 12,4% (HT i 10,2% (no-HT); Ictus previ 10,2% (HT) i 4,7% (no-HT); artropatia perifèrica 7,3% (HT) i 4,7% (no-HT); fibril · lació auricular 11,3% (HT) i 6,3% (no-HT); Demència 2,3% (HT) i 0 , 8% (no-HT); Nombre total de fàrmacs 4,8% (HT) i 3,4% (no-HT).

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Posteriorment es van comparar les característiques dels 177 hipertensos del centre de salut amb els 1933 pacients inclosos en l'assaig HYVET. Els resultats van ser els següents: xifres de PAS / PAD 147/79 mmHg (EAP Sardenya), 173/91 mmHg (HYVET). EDAT 83.4 (EAP Sardenya), 83.6 (HYVET). Dones 59.2% (EAP Sardenya), 60.7% (HYVET). Fumadors 6.4% (EAP Sardenya), 6.5% (HYVET). Dislipidèmia 27% (EAP Sardenya). ND (HYVET). Diabetis 16.4% (EAP Sardenya) 6.8% (HYVET). Infart de miocardi previ 3.5% (EAP Sardenya), 3.1% (HYVET). Insuficiència cardíaca 12.4% (EAP Sardenya), 2.9% (HYVET). Ictus 10.2% (EAP Sardenya), 6.7% (HYVET).

Discussió

Els costos derivats de les malalties cardiovasculars, sense considerar els derivats de la pèrdua de productivitat, la incapacitat o les cures no formals, han estat estimats per a Espanya el 2003 en 4.016.000 de euros3. Fins i tot tenint en compte que l'edat, per si mateixa, és un factor directament proporcional al risc de patir ictus, insuficiència cardíaca o cardiopatia isquèmica, un percentatge elevat de casos, almenys en teoria, podria haver estat evitat amb una correcta prevenció primària. Com a reflex de la situació en què es troba la societat que tractem, ens vam veure en la necessitat de determinar les comorbiditats de la població major de 80 anys d'edat amb l'objectiu de poder triar les actuacions de prevenció més idònies en aquest grup etari.

Conclusions

Amb aquestes dades es va arribar a la conclusió que els hipertensos octogenaris tenen més comorbiditat, diabetis, dislipèmia i infart al miocardi previ que els no hipertensos i que a més consumeixen més fàrmacs. I també que els hipertensos octogenaris a l'estudi HYVET tenen xifres de tensió arterial més elevades i una menor prevalença de diabetis, infart al miocardi, ictus i insuficiència cardíaca que els hipertensos del nostre estudi. Per tant, els resultats de l'estudi HYVET no són totalment extrapolables a la nostra població d'hipertensos octogenaris.

Citació
Autors: De la Figuera Von Wichmann M, Bottaro Parra D, Fernández Valverde D, Jiménez Muñoz B, Rovira Marcelino G, Vázquez G.
Títol article: Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 1. Article 4
Data: 15 de desembre de 2012
http://www.udaceba.cat/pl201/publicacions/butlletins/temes-de-recerca/id5/les-persones-de-mes-de-80-anys-i-la-hipertensio-valoracio-inicial-i-comparacio-amb-l-estudi-hyvet.htm

Articles de Recerca i coneixement

- Pacient crònic i utilització d'urgències. Millor a través d'Atenció Primària
- Les persones de més de 80 anys i la hipertensió. Valoració inicial i comparació amb l'estudi Hyvet.

Articles sobre Tecnologies de la Informació i Comunicació

- Posa't al dia
- Apps de salut presentades a les XVI Jornades Tècniques ACEBA

Posa't al dia

Beatriz Jimenez Muñoz. MIR de Medicina de Família i Comunitària. (UDACEBA)
Dara González Bonilla. MIR de Medicina de Família i Comunitària. CAP Larrard (Unitat Docent ICS Barcelona)

L'actualització en l'Atenció Primària és un aspecte fonamental a la vida del metge de família per poder exercir una bona praxis diària. La cita renovar-se o morir en el nostre cas no és un mite. No obstant, es considera que un metge de família o un internista haurien de llegir al voltant de 20 articles diaris per no quedar-se obsolets. Com arribar, o com a mínim aproximar-se a aquest objectiu? Les noves tecnologies, per sort ens faciliten una drecera.

Les webs 2.0 han suposat un gran avenç en el camp de la intercomunicació entre personal sanitari. De totes elles, probablement el "gold standart" sigui Twitter, amb milions de seguidors a tot el món. Tenint accés a un compte Twitter podem fer-nos seguidors de múltiples usuaris d'interès que ens posen al dia.

El compte Sano y salvo (@sanoysalvoblog) correspon a un grup de treball de la Semfyc sobre la seguretat del pacient en l'Atenció Primària; s'actualitza diàriament, fent especial incís sobre temes farmacològics mitjançant enllaços a abstracts de reconegudes societats com BJM o FDA. És semblant el compte de Hemosleido(@hemosleido). PontealdiaAP samfyc (@pontealdiaAP) destaca per les seves actualitzacions diàries sobre múltiples temes sanitaris amb la particularitat de que inclou el codi TEA a cada twitt: aquest codi és un mètode senzill d'avaluar en quina mesura val la pena la lectura de l'article/abstract enllaçat, mitjançant T: temps de lectura (0 poc, 2 molt), E: evidència científica (0 poca, 2 alta) i A: aplicabilitat a la consulta (0 poca, 2 immediata). Així doncs l'enllaç ideal seria T0 E2 A2. Evidence update (@evidenceupdates) és un usuari de similars característiques, tot i que no disposa d'un mètode de valoració tan clar previ a la lectura.

Per descomptat totes les societats de reconegut prestigi a nivell mundial disposen d'un compte a Twitter on hi fan actualitzacions diàries. Destaquen: World Health Organization (@**WHO**), **FDA** drug information (*@fda_drug_info*), Centers for Disease control & Prevention (@**CDC***gov, @cdcespañol*), American Society of Hypertension (@**ASH***ypertension*), **American Heart Association** (*@American_Heart*), National Institute for Health and Clinical excellence (@**NICE***comms*), **Cochrane** (*@Cochranecollab*), Journal of American Medical Association (@**JAMA**_*current*), New England Journal of Medicine (@**NEJM**) i British Medical Journal (@**BMJ**_*latest*).

A més de les webs 2.0, les APPs per Smartphone també proporcionen un avantatge enorme per a l'actualització mèdica. La consulta de les mateixes mentre anem amb el metro o esperem el bus ens poden aportar un grau de coneixement inimaginable. Avui dia existeixen innombrables aplicacions mèdiques, moltes d'elles de característiques similars i amb el mateix grau d'evidència científica. Es tracta doncs de trobar la més afí a nosaltres.

Medscape és una de les aplicacions més completes: registre la teva especialitat mèdica i la té present a l'hora d'actualitzar-se. Renova diàriament publicacions de reconegudes fonts accessibles mitjançant l'apartat "News". També disposa de la zona "Education" on hi podem trobar múltiples overviews (a mode UPTODATE) renovats periòdicament. Igulament té un tercer espai anomenat "Reference" on hi trobem des de guies de fàrmacs, interaccions i calculadores mèdiques, fins a guies de patologia per aparells i sistemes. En aquest últim espai hi trobem una completa guia de procediments, especialment útil, tals com: exploració física, tècniques anestèsiques locals i atenció al pacient crític, amb explicacions detallades, fotografies, i fins i tot vídeos.

Skyscape és una altra APP molt complerta, de característiques similars a Medscape, amb la particularitat que té actualitzacions d'alertes farmacològiques diàries; i a la vegada disposa de la calculadora mèdica Archimedes, molt reconeguda.

Per aquells que es veuen sobrepassats per programes extensos, tenim al nostre abast Medpage o Medalert. Són aplicacions senzilles i útils amb publicacions diàries actualitzades. Pubmed també té la seva pròpia APP, PubMed mobile.

No podem deixar de citar la reconeguda Epocrates, possiblement la guia farmacològica més famosa per a mòbil. Incorpora interaccions entre fàrmacs, calculadora de mesures i escales, així com alertes farmacològiques i publicacions diàries. Com a curiositat, incorpora una eina d'identificació de fàrmacs per la descripció que ens dóna el pacient del comprimit (rodó, groc, amb dues divisions...) La versió equivalent més complerta en castellà és iDoctus, de característiques semblants i amb una guia de fàrmacs actualitzada respecte a l'Agencia Estatal del Medicament, molt útil per a dubtes sobre presentacions farmacèutiques o noms comercials.

Amb tot, la difícil tasca de no quedar-se obsolet en medicina no sembla tan complicada. Així doncs, us animem a que renoveu el vostre compte de Twitter, escolliu la vostra APP preferida i us deixeu actualitzar.

Citació
Autores: Jiménez Muñoz Beatri; González Bonilla, Dara
Títol article: Posa't al dia
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 2. Article 10
Data: 29 de març de 2013
http://www.udaceba.cat/pl197/publicacions/butlletins/noves-tecnologies/id12/posa-t-al-dia.htm

Apps de salut presentades a les XVI Jornades Tècniques ACEBA

Dra. Àngels Ballarín
Dra. Marta Coderch

1- DONEM SANG

Creada per la Federació Catalanade donants de sang amb l'objectiu de promocionar i facilitar la donació de sang.
Compatible amb iphone i android.
Connecta amb el Banc de sang i teixits de Catalunya i dóna informació sobre l'estat de la reserva de sang per cada grup sanguini amb actualitzacions diàries.
Té un geolocal.litzador que mostra el punt més proper per donar sang i genera la ruta.
Es pot registrar el dia de la nostra donació i emet una notificació quan es pot realitzar la següent donació.
Hi ha una secció amb els consells bàsics per la donació (dieta, exercici, viatges,...)
És gratuïta.

2- DOCTORALIA

Dóna accés a un directori de serveis mèdics que permet agafar cita on line.
Compatible amb apple i android.
Hi ha una secció que recull les opinions dels usuaris sobre el servei mèdic (no de la part clínica sinó organitzativa).
Té un geolocal.litzador per informar dels centres mèdics mès propers (molt útil en viatges).
Es poden fer recerques específiques per asseguradora, per especialitat i per local.lització.
Quan algú agafa cita necessita confirmar amb un codi de validació.
S'envia un SMS amb el recordatori de la cita i la possibilitat de canviar-la.
És gratuïta.

3- IPEDIATRIC

Creada per Edicions Tarongeta amb la col.laboració de tres metges de l'Hospital St Joan de Déu (Dr Santiago García Tornel, Dr Juan José García García i José Mª Quintillá Martinez)
Compatible amb Iphone. Funciona com un consultori mòbil per pares i mares de nens de 0-12 mesos i és una eina per descongestionar els serveis d'urgències de visites que no requereixen assistència urgent.
Té 5 funcions:
1. Fitxa del nen: recull les dades de la criatura. És imprescindible per activar-la.
2. Diccionari: explica en terminologia fàcilment comprensible els 126 problemes més freqüents en el primer any de vida.
3. Desenvolupament: Dóna una llista cronològica del que ha de passar en el primer any de vida amb un sistema d'alarmes. També dóna consells de vacunacions i controls i permet enllaçar amb el calendari iphone i compartir a les xarxes socials.

4. Consultori: Hi ha un buscador per símptomes a partir dels quals s'han generat algoritmes que estratifiquen el nivell de risc en tres grupsaconsellant assistència mèdica urgent, cal assistència però no en 24 hores i no cal assistència mèdica. No conclou diagnòstic. Permetenllaçar amb trucades al pediatra, a l'atenció primària o a urgències.
5. Gràfiques segons pes i talla.
Està en 6 idiomes (català, castellà, anglès, francès, alemany i italià).
Actualment val 2.69 Euros

4- IDOCTUS
Aplicació de valor en la pràctica clínica perquè ofereix:
1. Actualitzacions científiques
2. Eina de consulta, ajuda en el diagnòstic i tractament
3. Calculadores mèdiques
4. Col.laboració (en desenvolupament: interconsulta, segona opinió)
Els seus objectius són:
- Millorar la productivitat: 55% dels metges estalvien >20 minuts/dia
- Augmentar la seguretat: >70% de reaccions adverses/setmana evitades
- Disminuir costos: en el 70% dels casos ofereix alternatives de prescripció més econòmiques.
Gratuïta durant els primers 5 mesos.

5- FEWLAPS
Ajuda a deixar de fumar.
Basada en la gamificació: "convertir un objectiu en un joc".
Xarxes socials: permet compartir el teu estat, les teves fites assolides.
També xarxa social dins de la pròpia aplicació, amb 44 sales diferents (diferents idiomes), per parlar del que es vol, la més valorada per l'usuari.
Actualment compta amb >6000 usuaris nous/mes, >150000 missatges enviats/mes.
2 versions: la gratuïtat (amb publicitat) i la de pagament (3 Euros).

6- MAMA'S EN FORMA
Creada per Kaisa Tuominen.
Aplicació que té com objectiu millorar la salut física i mental de la mare.
Proporciona: exercicis indicats durant l'embaràs, tècniques de preparació per el part, exercicis per el sòl pèlvic, videos d'exercicis...
Cap al gener s'espera la sortida d'una nova aplicación, sobre exercicis hipopressius.
Dues versions: gratuïta, amb el 50% del contingut i la de pagament (7,9 Euros)

Citació
Autores: Ballarín Àngels, Coderch Marta
Títol article: Aplicacions de salut presentades a les XVI Jornades Tècniques ACEBA
Nom revista: APSalut. Volum 1. Número 1. Article 5
Data: 16 de desembre de 2012
http://www.udaceba.cat/pl197/publicacions/butlletins/noves-tecnologies/id2/apps-de-salut-presentades-a-les-xvi-jornades-tecniques-aceba.htm

UDACEBA

UNITAT DOCENT MULTIDISCIPLINAR D'ATENCIÓ FAMILIAR I COMUNITÀRIA ACEBA

Seu central
Equip d'Atenció Primària Barcelona Sardenya, S.L.P.
C. Sardenya 466, 08025 Barcelona
Tel. 93 567 43 80
udaceba@aceba.cat
www.udaceba.cat

Comitè Editorial de l'APSalut

Dr. Albert Casasa
Metge de família de l'EAP Sardenya i Cap d'estudis de la Unitat Docent d'ACEBA.

Dra. Àngels Ballarín
Metgessa de família de l'ABS Centelles i tutora rural de la Unitat Docent d'ACEBA.

Dra. Gemma Rovira
Metgessa resident de família de l'EAP Sardenya.

Dra. Marta Coderch
Metgessa de família de l'EAP Sardenya i tutora de la Unitat Docent d'ACEBA.

ASSESSORS

Dra. Sílvia Zamora
Metgessa de Família. Coordinadora Docent de l'EAP Dreta de l'Eixample.

Dr. Roger Codinachs
Metge de Família. Coordinador Docent de l'EAP El Remei (Vic).

Dra. Gemma Férriz
Metgessa de Família. Coordinadora Docent de l'EAP Sagrada Família.

Dr. Mariano de la Figuera
Metge de família. Coordinador Docent de l'EAP Sardenya.

Dr. Carles Brotons
Cap de la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya.

Les imatges principals utilitzades en aquest recull són un compendi de les activitats anuals realitzades en el si d'UDACEBA, en les quals es poden veure les persones que integren la Unitat Docent Multidisciplinar d'Atenció Familiar i Comunitària ACEBA.

Normes de publicació de l'APSalut
http://www.udaceba.cat/publicacions/butlletins/normes-de-publicacio.htm

Tota la informació sobre UDACEBA a www.udaceba.cat

Podeu enviar-nos els vostres comentaris al correu electrònic udaceba@aceba.cat

També ens trobareu a les xarxes socials
Twitter: @udaceba
YouTube: http://www.youtube.com/user/udaceba